

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

Année 1960

N°

THESE

305

DE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

MOLINE, JEAN, A., L.

Né le 23 Janvier 1933 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

FORMES HETEROTOPIQUES

DE

L'ACNÉ CONGLOBATA

ou

MALADIE DE VERNEUIL ?

Président : Monsieur le Professeur F.P. MERKLEN

THESE

DE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

MOLINE, JEAN, A., L.

N° le 23 Janvier 1933 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

FORMES HETEROTOPIQUES

DE

L'ACNÉ CONGLOBATA

OU

MALADIE DE VERNEUIL ?



Président : Monsieur le Professeur F.P. MERKLEN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553815_0008

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.),
 CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.),
 DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.),
 HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.),
 LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.),
 MOCQUOT (P.), MOND R (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), OLIVIER (E.), PAS-
 TEUR VALIEPY RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHEL (C.), STROHL (A.), TANON (L.).

D YEN A. BINET
 Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

PR FESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
" (Prof. à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie Pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
" " (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
" " (Prof. à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Institut G. ROUSSY)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Brousseis)	MOUQUIN (M.)
" (Beaujon)	SICARD (A.)
" (Cochin)	QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu)	PATEL (J.)
" (Saint-Antoine)	GOSSET (J.)
" (Salpêtrière)	MOULANGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)

Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MM. GAUDART d'ALLAINES
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enf. Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Cl. Bernard)	MOLÉNAIRET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELIY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALABOUANINE (T.)
(Boucicaut)	LENGRE (J.)
(Broussais)	SOUJIE (P.)
(Cochin)	JUSTIN-BESANCON
Cliniques médicales (Hôtel-Dieu)	BARIETY (M.)
(Pitié)	DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine)	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichet)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	de GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
(Baudelocque)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales (Foch (Suresnes))	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enf. Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY
Embryologie	PERROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

Physique médicale

Pneumo phtisiologie

Psychiatrie

Psychiatrie infantile

Rhumatologie

Stomatologie

Thérapeutique

Urologie

MM. GOULDEROT (L.) M. Conf.

Pr. sans ch.

KELLERSHOHN

KREIS (B.)

PICHOT (P.)

DUCHE (D.)

DELBARRE (F.)

CERNEA (P.)

Mme A. CHAPUT, M. Conf. Agr.

GRELLET (M.)

MM. CHASSAGNE (P.)

LAMOTTE (M.)

QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE

CLINIQUE ANNEXE

(à titre permanent)

Anatomie

Clinique Chirurgicale

Clinique médicale

Clinique obstétricale

Clinique ophtalmologique

Clinique oto-rhino-laryngologique

MM. DEBEYRE

ABOULKER (P.)

AMELINE (A.) Pr. s. ch.

HUGUIER (J.)

OLIVIER (C.)

PADOVANI (P.)

POILLEUX (F.)

ROUX (M.)

VERNE (J. M.)

BOUDIN (G.)

CONTE (M.)

DOMART (A.)

PERRAULT (M.)

RAMBERT (P.)

THIEFFRY (S.)

TURIAF (J.)

GRASSET (J.)

LEPAGE (F.)

MAYER (M.)

RAVINA (J.)

DESVIGNES (P.)

OFFRET (G.)

MADURO (R.)

Pathologie chirurgicale (suite)

MM. LORTAT-JACOB (J.L.)

LOYGUE (J.)

MERCADIER

PERROTIN (J.)

ROBERT (H.)

THOMERET (G.)

SCHNEIDER (J.)

Pathologie exotique

CROSNIER (J.)

Pathologie expérimentale

HARTMANN (L.)

LOEPER (J.)

MAURICE (J.)

RICHET (G.)

Pathologie médicale

AUSSANNAIRE (M.)

BOUR (H.)

BOUVIER (J.)

BOUVRAIN (Y.)

BRICAIRE (H.)

BRISAUD (H.)

BROCARD (H.)

BUGE (A.)

CASTAIGNE (P.) M. Cor

CATINAT (J.)

CONTAMIN (F.)

COURY (C.)

FREZAL (J.)

HOUSSET (E.)

LAROCHE (Cl.)

LESOBRE (R.)

MACREZ (C.)

NICK (J.)

PEQUIGNOT (H.) M. Cor

ROYER (P.)

WOLFROMM (R.)

Pédiatrie-Puériculture

JOSEPH (R.)

MANDE (R.)

MOZZICONACCI (P.)

POLONOVSKI (C.)

ROSSIER (A.)

Pharmacologie

BOISSIER (J.)

LECHAT (P.)

Physiologie

PARROT (J.) Pr.s.ch.

DEJOURS (P.)

Dermato-Syphiligraphie

Electro-Radiologie

Embryologie

Hématologie

Histologie

Hydrologie

Hygiène

Maladies infectieuses

Médecine légale

Médecine du travail

Neurologie

Obstétrique

Ophthalmologie

Orthopédie

Oto-rhino-laryngologie

Parasitologie

Pathologie chirurgicale

MM. DUPERRAT (B.)

LEDOUX-LEBARD (G.)

TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)

pr. sans che.

BILSKI-PASQUIER (G.)

DAUSSET (J.)

COUJARD (R.) Pr. s. ch.

MAROIS (M.)

RACADOT (J.)

CORNET (A.)

BOYER (J.) Pr. s. ch.

Mme CORRE-HURST (L.)

MM. BASTIN (R.)

DUPONT (V.)

DEROBERT (L.)

Pr. s. ch.

HADENGUE (A.)

FOURNIER (E.)

GUENIOT (M.)

ALBAHARY (C.)

LHERMITTE (F.)

GRANJON (A.)

HERVET (E.)

LE LORIER (G.)

MORIN (P.)

MUSSET (R.)

ROBEY (M.)

TROYER-ROZAT (J.)

BREGEAT (P.)

SARAUX (H.)

JUDET (R.)

RAMADIER (J.)

DEBAIN (J.)

BRUMPT (L.C.) P. s. ch.

CH. DAUD (A.)

BARCAT (J.)

BINET (J.P.)

CAUCHOIX (J.)

CHATELIN (C.L.)

DUBOST (Ch.)

DUBOST (Cl.)

FAUREL (J.)

FLABEAU (F.)

GERMAIN (A.)

LAURENCE (G.)

agr. per.

Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	MM. TROUSSEAU (R.)
Hygiène et médecine préventive	JEANON (P.)
Hygiène et médecine préventive (Prof. à titre pers.)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GAJARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
" (Prof. à titre personnel)	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
" (Prof. à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
" " (Prof. à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LEGER (L.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES

et MAITRES de CONFERENCES - AGREGES :

Anatomie	MM. CABROL (C.)
	COUINAUD (C.)
	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	Mlle GAUTHIER-VILLARD (P.)
	Pr. s. ns. ch.
	MM. BUSSET
	GOUYGO (Ch.)
	ORCEL (L.)
	PAILLAS (J.)
	VOURCH (G.)
Anesthésiologie	NEVOT (A.) Pr. s. ch.
Bactériologie	BARBIER (P.)
	CHRISTOL (D.)
	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	(Pr. sans ch.)
	POLONOSKI (J.) M. con
Biologie appliquée à l'Education Physique & aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)

Clinique pédiatrique et puériculture	MM. LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES

ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.
Secrétaire Général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Melle CHAINTREUIL (G.) Melle HURE (A.)
Conservateur en Chef	Monsieur-le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.), et son (M.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) Melles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS- PARENTS

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES BEAUX - PARENTS

MEIS ET AMICIS

Au Professeur F.P. M E R K L E N

Médecin de l'Hôpital Saint - Louis

Professeur de Pathologie Expérimentale,

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse et que nous ne saurions assez
remercier de la bienveillance qu'il
nous a montrée pendant toutes nos
études.

Au Docteur Jean F O U Q U E T

Médecin de l'Hôpital de la Salpêtrière

Au Professeur Agrégé Marcel P E R R A U L T

Au Docteur Robert Antoine S C H W O B

Au Docteur Robert T R I C O T

Médecins de l'Hôpital Lariboisière

Au Professeur Félix Pierre M E R K L E N

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Dont nous avons eu l'honneur d'être
externe et dont l'enseignement nous
demeure si précieux.

Au Professeur Charles D E B R A Y

Médecin de l'Hôpital Richet

Dont nous ne pouvons oublier l'accueil

AU Docteur M. D U C O U R T I O U X

Médecin-Chef de l'Hôpital de St-Lazare
Assistant de l'Hôpital St-Louis

AU Docteur Cl. M I K O L,

Médecin-Assistant des Hôpitaux de Paris,

Nous les remercions pour leurs patients
et amicaux conseils.

AU Docteur J. A R N O U S,

Médecin de l'Hôpital Léopold Bellan,

AU Docteur R. M O U L Y,

Assistant à la consultation de Chirurgie
de l'Hôpital Saint-Louis,

Qui ont enrichi ce travail de précieux
documents .

AU Docteur S T E G,

Assistant à l'Hôpital Lariboisière

A Jean-Jacques M E U N I E R .

et à Régis O B E R T H U R ,

Qui nous ont accompagné sur le chemin
médical.

INTRODUCTION

L'ACNE CONGLOBATA, décrite en 1902 par LANG et SPITZER, pose, en particulier dans ses formes hétérotopiques, c'est-à-dire dans ses localisations insolites, de difficiles problèmes :

- Un problème NOSOLOGIQUE, en raison des rapports possibles avec la maladie de VERNEUIL ;
- Un problème ETIOLOGIQUE, celui de toutes les acnés, mais aussi celui de cette forme très spéciale qu'est l'acné conglobata. Ce problème, même incomplètement résolu, conduit à des conclusions utiles en permettant d'éliminer, avec un coefficient de vraisemblance et de sécurité appréciable, des causes qui ont pu être considérées comme fondamentales et qui auraient pu imposer une thérapeutique illusoire ;
- Un problème THERAPEUTIQUE. Le bilan des échecs est important. On sait maintenant combien il est vain de persévérer dans certains traitements.

Le bilan positif des moyens chirurgicaux n'est pas discutable pour les formes hétérotopiques. Il reste à savoir dans quelle mesure et à quel moment la chirurgie peut et doit être étendue aux localisations banales de la maladie.

HISTORIQUE

VERNEUIL paraît avoir été le premier à décrire l'affection qui nous occupe. Nous verrons d'ailleurs les nuances qu'il faut introduire dans cette notion.

VERNEUIL se réfère à VELPEAU. Nous avons essayé de retrouver ces textes. Dans l'article publié par cet auteur dans le Dictionnaire de Médecine on ne peut trouver une description qui individualise réellement soit l'hydrosadénite, soit un aspect apparenté clairement à l'acné conglobata. La notion "d'abcès tubéreux" de l'aisselle paraît se rapporter à des formes localisées et d'évolution aiguë ou, au plus, subaiguë.

Nous avons analysé ligne à ligne l'article publié par VERNEUIL dans les Archives générales de Médecine de 1854. Il dit exactement :

"Je me propose de rassembler quelques documents sur
"la pathologie des glandes sudoripares.... je traiterai des lésions
"qui intéressent surtout le chirurgien.... soit primitivement,
"soit consécutivement."

Une des conclusions essentielles de notre travail va être d'insister, à plus de cent ans d'intervalle, sur l'actualité du traitement chirurgical. Un autre point important est constitué par le fait que, dès l'origine, l'atteinte primitive de la glande sudoripare n'est nullement imposée comme une condition nécessaire de la définition de la maladie.

Dans sa première observation où il dit seulement que l'inflammation siège "probablement" dans les glandes sudorales, VERNEUIL écrit :

"Les régions sacrées, fessières et trochantériennes
"présentaient un assez grand nombre de petites oscharres (?) bien
"limitées et tout à fait isolées les unes des autres. Dans tous

"ces points, le peau est manifestement congestionnée dans son épaisseur toute entière ; en outre, on remarquait une grande quantité de petites fistules disséminées très circonscrites, sans inflammation plus vive à l'entour...

"... ces petites poches assez flesques étaient à peine distendues par un liquide filant et soulevent l'épiderme sans le rompre ; lorsque la couche épidermique était enlevée, un courant d'oeu dirigé sur le fond de la fistule montrait le derme à nu et laissait apercevoir un petit portuis rougeâtre dans lequel on pouvait introduire un stylet fin ; on s'engageait ainsi dans un canal d'un tiers de millimètre, traversant le derme de part en part et conduisant, le plus souvent, à une cavité sous-dermique beaucoup plus vaste que l'ampoule sous-épidermique.

"Les coupes... ont montré ... ces deux collections communiquent par un canal ; des traces d'inflammation assez vive existaient dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, au pourtour de la collection sous-dermique.

"Cette disposition me fit songer à la possibilité de la fonte purulente des glandes sudoripares, à la propagation de l'inflammation dans ce qui représente le conduit excréteur et, enfin, à l'accumulation du pus sous le derme.... "

En 1865, Dans le Tome I des Archives Générales de Médecine, VERNEUIL revient sur la question. Il insiste en particulier sur le caractère récidivant des "abcès" tubériformes de la verge de l'anus. Nous reproduisons textuellement l'observation de M. BERR..., 38 ans, que décrit VERNEUIL :

" OBSERVATION de M. BERR... 38 ans.

"Le premier abcès s'est montré en 1857 ; les autres sont venus dans des circonstances analogues : d'abord, prurit assez intense ; le malade constate une petite induration sous-cutanée du volume d'un noyau de cerise, très dure, bien circonscrite ; un peu de sensibilité au toucher ; quelquefois, léger ténésme. Pendant trois ou quatre jours, les choses restent dans le même état, puis l'induration grossit et soulève le peau qui devient adhérente ; le tissu cellulaire ambiant participe à la phlogmasie. La tumeur se déforme suivant la région qu'elle occupe :.... elle

"s'ellonge dans le sillon d'un pli rayonné de l'anus ; une de ses
"extrémités parvient jusqu'à l'orifice, l'autre se perd insensi-
"blement du côté de la fosse... la tuméfaction de voisinage s'étend
"facilement vers la racine du scrotum. L'accroissement continu,
"la peau s'amincit au centre, devient d'un rouge livide, l'épider-
"me s'exfolie à la surface et la fluctuation se montre... à cette
"période, les douleurs deviennent assez vives... elles sont très
"superficielles et doivent être attribuées à l'inflammation de la
"peau ; ce sont des cuissons, des picottements vifs, non pas les
"douleurs lancinantes et gravatives du phlegmon.... presque jamais
"de fièvre ni de symptômes généraux.... retentissement fréquent
"vers les ganglions inguinaux. L'abcès crève spontanément.....
"deux fois j'ai donné issue au pus par une piqûre centrale....
"la tumeur indolente désormais terminera lentement son évolution.

"J'ai observé chez M. BERR.... des collections phlegmon-
"neuses circonscrites au pli fessier, à la face antérieure des
"cuisses, au visage, à la région sternale, dans le conduit auditif
"externe ; de l'identité de cause, d'aspect et de marche, j'ai
"conclu à l'identité de siège.

"Il est cependant une terminaison déjà mentionnée à
"propos des abcès de l'aisselle et qu'on rencontre beaucoup plus
"souvent à la marge de l'anus ; je veux parler des trajets fistuleux
"plus ou moins permanents qui laissent surtout les abcès ouverts
"spontanément. J'ai vu plusieurs exemples de ces fistules, plus
"ou moins distantes de l'orifice anal.... mais qui ne communiquent
"jamais avec la cavité intestinale ; l'étiologie est fort
"claire quand ces fistules surviennent immédiatement après l'abcès ;
"mais la filiation est plus difficile à saisir quand les malades
"consultent longtemps après l'inflammation primitive. On constate
"alors que l'orifice est étroit et fournit à peine quelques goutte-
"lettes de sérosité trouble."

Nous relevons l'intérêt de ces phrases de VERNEUIL.
Il montre l'extension de l'infection : non seulement les fesses et
les cuisses sont atteintes, mais aussi le visage, la région sternale,
le conduit auditif externe. Pour que nous ayions une observation
clinique typique d'acné conglobate, il ne manque que la localisation
de la nuque.



VERNEUIL Ajoute : "de l'identité de cause, d'aspect et de marche, j'ai conclu à l'identité de siège" ; ainsi, sommes-nous amenés à dire : de l'analogie topographique et morphologique, nous concluons à l'analogie anatomopathologique et donc au point de départ de la maladie dans le follicule pilo-sébacé plus exactement que dans la glande sudorale.

Au surplus, cette distinction est-elle tellement importante étant donnés les rapports étroits qui existent sur les plans cytologique, anatomique, physiopathologique et embryologique entre les follicules pileux et les glandes sudorales apocrines (BRUNSTING, MOULY) ? Alors même qu'on donnerait un rôle prépondérant aux glandes sudorales, on ne peut minimiser le rôle des glandes sébacées dans la formation des kystes ni même celui de l'appareil pilosébacé tout entier comme voie de passage des germes, même si ceux-ci ne sont que les agents d'une surinfection, il devient hasardeux de faire une distinction formelle.

Ainsi, il semble qu'il n'existe qu'une seule affection intéressant toute la peau et centrée sur l'appareil sudoro-pilo-sébacé. Finalement, la description initiale de VERNEUIL peut être considérée comme la préfiguration de la description faite en 1902 de l'acné conglobate ou aggrégate par LANG et son élève SPITZER. Mais ceux-ci ne paraissent pas avoir envisagé la discussion des rapports avec une affection des glandes sudorales.

En 1934, L.M. PAUTRIER fait, dans les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, une description clinique extrêmement minutieuse et parlante à partir d'un cas d'acné conglobate qu'il a suivi pendant des années et où il a vu se constituer et évoluer les lésions classiques et les lésions hétérotopiques. Dans son étude anatomopathologique, il n'envisage qu'incidemment l'état des glandes sudorales.

Son étude bactériologique et biologique veut surtout par ses considérations négatives : dès ce moment, il est évident que l'acné conglobate n'est pas le seul fait d'un germe banal, ni du bacille de Koch.

Dans les traités anglo-saxons, ORMSBY et MONTGOMERY font une part importante à l'effection. Le travail de BRUNSTING est surtout important. Ces auteurs s'orientent vers l'origine sudorale ou, en tous cas, discutent les relations entre l'acné conglobata, l'hydrosadénite et la cellulite disséquante du cuir chevelu et du cou : double comédons, abcès, tumeurs inflammatoires, cicatrices chéloïdes, ponts cicatriciels sont les éléments dont ils relèvent la coexistence dans ces différentes effections.

GOTTRON et SCHONFELS, dans leur important Traité de Dermatologie et de Vénéréologie, étudient les abcès des glandes sudoripares, citent en premier lieu VELPEAU et VERNEUIL. Ils séparent nettement le chapitre consacré aux abcès des glandes sudorales de l'acné conglobata. A propos de cette dernière, ils dressent un tableau des localisations atypiques se référant particulièrement aux auteurs français.

Pour ces auteurs, il y a donc une séparation très nette entre la maladie de VERNEUIL et l'acné conglobata et ceci est d'autant plus important pour nous que l'ouvrage est rédigé avec un grand soin. La séparation est concrétisée, matérialisée : l'article sur les maladies des glandes sudorales a été écrit par KORTING et BREHM (de Tübingen) ; l'article sur l'acné a été écrit par BRAUN (d'Heidelberg). Il est donc très possible que ceci explique cela et que la conception dualiste du traité allemand soit plus apparente que réelle. La confrontation des deux textes nous semble pouvoir conduire à la même conclusion uniciste que la confrontation des textes français.

DESCRIPTION CLINIQUE

La longue et minutieuse observation publiée par le Professeur PAUTRIER en 1934 laisse peu de place à des innovations et peu de faits nouveaux peuvent y être ajoutés. Nous tenterons seulement de donner à notre description un aspect plus synthétique.

L'élément fondamental de l'acné conglobata est un nodule dermique, parfois accompagné au début d'hyperhidrose et de sensation de prurit ou plutôt de chaleur. Dans son état initial, ce nodule modifie peu l'épiderme qui, ultérieurement, devient rose, puis rouge et parfois violet, de même il modifie peu l'hypoderme qui ne sera envahi qu'ensuite.

Mieux qu'une impression colorée, c'est une sensation visuelle et tactile de relief et surtout d'infiltration qui est d'abord perçue. Le nodule est gros comme un pois vert, parfois comme une amande. Il est dur, assez mobile, peu ou pas douloureux ; il peut exister plusieurs nodules très voisins. Parfois groupés en "bandes surélevées, en corde" (BRUNSTING) ils sont recouverts d'une peau séborrhéique, séborrhée habituellement accumulée en comédons nombreux et volumineux, plus volumineux que dans les formes banales de l'acné à comédons.

Il survient bientôt une poussée inflammatoire. Nous verrons qu'il serait aventureux de dire "une poussée infectieuse". Les nodules sont moins mobiles, empâtés, douloureux à la palpation, certains vont devenir moins fermes, certains franchement fluctuants. Soit spontanément, soit après ponction ou même incision, ils vont laisser suinter un liquide puriforme d'abord, puis filant, huileux ou séreux. Souvent une fistule se constitue. Elle peut se tarir et une cicatrice apparaître. Tantôt celle-ci sera banale, tantôt, elle sera chéloïdienne ou pseudo-chéloïdienne. Elle peut créer une zone glabre dans un territoire pileux. Elle peut s'associer à d'autres cicatrices pour isoler des îlots de peau saine établissant ainsi une bizarre géographie cutanée. Elle peut, enfin, détacher des bandes fibreuses en ponts, très caractéristiques, sous lesquels la cicatrisation se poursuit mais aussi le développement de masses sébacées ou de gros comédons.

La fistule peut se perpétuer, donnant toujours issue à un liquide épais, séropus en apparence, mais surtout sérosité mêlée de sang et de débris épithéliaux de toutes natures. De nouvelles poussées peuvent se produire. Elles évoluent alors en surface, s'éloignant du point initial qui peut se cicatriser et aussi évoluent vers la profondeur, créent d'importants décollements sous-cutanés et creusent des tunnels, des galeries parfois très longues et qui vont aboutir en surface à une nouvelle fistule. Parfois, on peut faire sourdre le pus en appuyant très loin à distance. On comprend que le terme de clapiers, et mieux de terriers, ait été employé pour désigner de telles formations.

Ces poussées inflammatoires n'entraînent habituellement pas de réactions ganglionnaires de voisinage : il n'y a pas d'adénopathie satellite. En revanche, on trouve très souvent associés des éléments d'acné : nodule et des kystes sébacés contenant un liquide huileux infecté ou non. Ces poussées évoluent pendant 6, 8, 10 ans et plus. Elles se groupent à la nuque, au visage, au tronc. C'est la forme ordinaire de l'acné conglobata. Elles s'étendent aux régions inguino-périnéo-génito-fessières ou aux membres inférieurs et ce sont les formes hétérotopiques (DEGOS) de l'acné conglobata. Ces localisations peuvent évoluer indépendamment les unes des autres, certains sujets n'ayant que les localisations cervico-faciales, d'autres n'ayant que les localisations périnéo-génito-fessières.

Elles peuvent s'associer chez un même malade réalisent la forme majeure décrite par L.M. PAUTRIER et que nous retrouvons dans la première et la plus importante des observations originales que nous publions ici. Dans ce cas, il semble qu'on voit d'abord évoluer les manifestations cervico-faciales et que les manifestations basses se produisent ensuite, alors que les premières ont pratiquement achevé leur évolution.

On conçoit que, dans ces formes majeures, complètes, la durée de l'évolution spontanée de la maladie puisse se faire sur vingt ans et plus.

Pendant longtemps l'état général est respecté. Une aussi longue évolution finit cependant par provoquer l'amaigrissement du malade et peut-être même un retentissement viscéral ; nous verrons qu'on a pu penser à la dégénérescence amyloïde.

L'état psychique de ces malades peut être touché et ils peuvent faire un véritable syndrome dépressif : les lésions cervico-faciales sont pénibles et inesthétiques, les lésions périnéo-génito-fossières, accompagnées d'interrissables écoulements, exigent des pensements importants et répétés, souvent douloureux et qui deviennent pour le malade une véritable obsession.

En fonction de la morphologie, on peut individualiser des formes cliniques importantes par les diagnostics qu'elles ont réellement fait discuter.

Parmi celles-ci, les formes pseudo-tuberculeuses méritent peut-être la première place, l'une a simulé un lupus macro-nodulaire, beaucoup ont fait penser à des fistules tuberculeuses et particulièrement les formes localisées dans la région anale ou péri-anale.

D'autres ont fait penser à une syphilis tertiaire, voire même à une blastomycose.

Des formes végétantes, papillomateuses, ulcéreuses, scorpi-gineuses peuvent être décrites.

peut-on envisager l'existence de localisations viscérales ?

A cet égard, nous retiendrons l'observation publiée par le Professeur Agrégé DUPERRAT, en 1957, à la Société Française de Dermatologie. Il y signale deux faits importants. D'une part, son malade lui a rapporté qu'il avait été soumis à une cure de cinq mois de Streptomycine et il a néanmoins fait une poussée plourale puriforme "qui a rapidement et complètement guéri". On peut se demander si cette collection plourale était l'homologue des collections cutanées et sous-cutanées habituellement rencontrées. Il est bien regrettable que cet épisode pathologique n'ait pas eu lieu alors que le malade était sous la surveillance du Docteur DUPERRAT, l'étude biologique du pus aurait certainement apporté des éléments intéressants.

D'autre part, dans la même observation sont signalées l'existence d'une albuminurie qui atteint 6 grammes par litre - ce qui n'est pas un chiffre modéré - et une hypoalbuminémie. Enfin, il existait une "légère boursouffure érythémateuse du pourtour des ongles des derniers doigts". Le biopsie y a montré "quelques infiltrats péricapillaires amyloïdes". Il est certain que pour des suppurations aussi prolongées et aussi importantes, l'amylose est une complication qu'il faut rechercher systématiquement et qu'il faut s'attendre à trouver de temps à autre.

ANATOMO-PATHOLOGIE

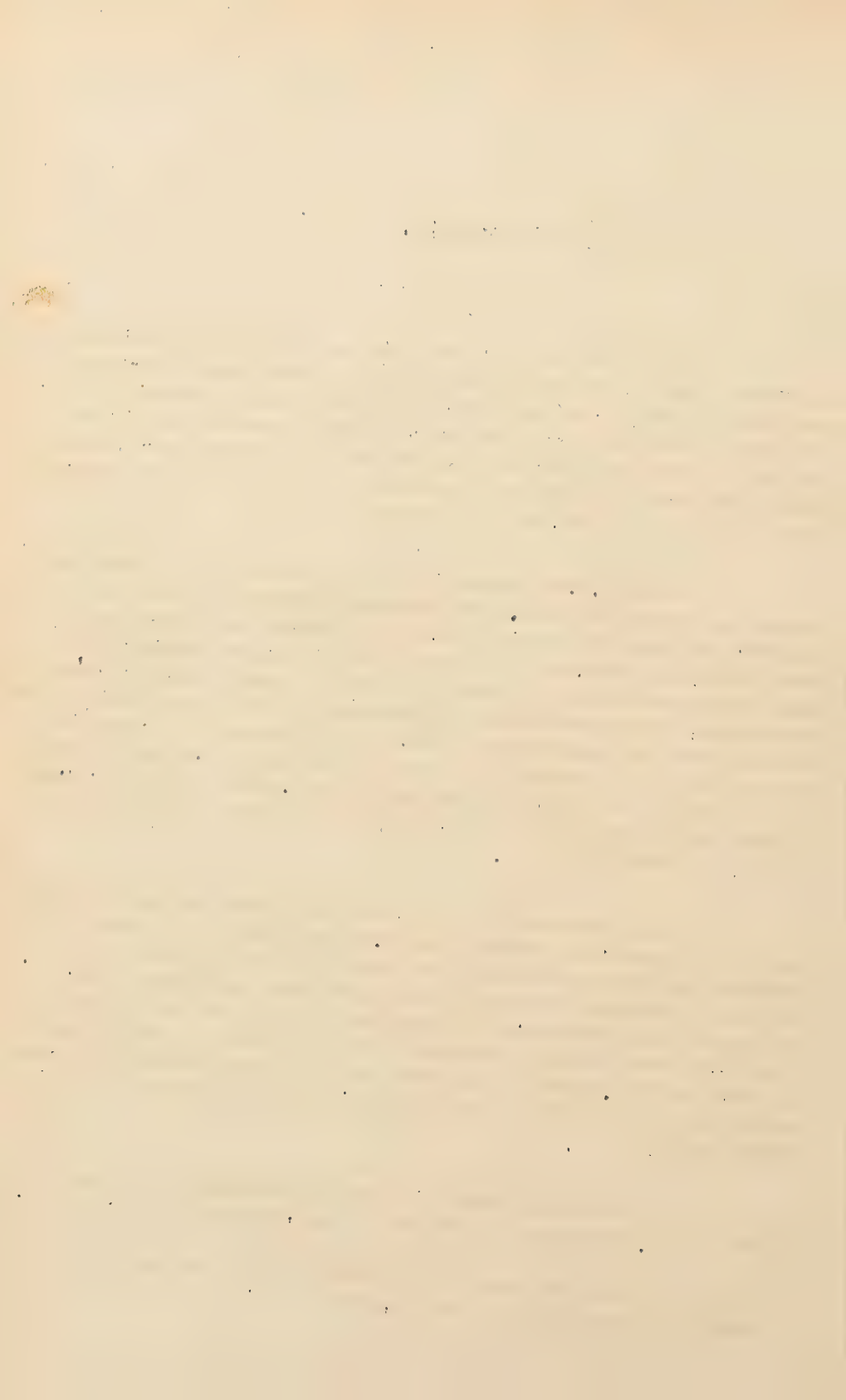
Elle a été d'abord faite sur les aspects macroscopiques des formes les plus graves qui ont montré des décollements hypodermiques plus importants que ceux que la clinique faisait pressentir. Les pièces opératoires prélevées ces dernières années permettent de voir les tunnels, les galeries creusées par le processus inflammatoire jusque dans leurs derniers prolongements. La face profonde des lambeaux d'exérèse est dure, infiltrée, lardacée.

L.M. PAUTRIER signale les remaniements de l'épiderme au hasard des cicatrices, les signes manifestes d'inflammation ; l'œdème du corps papillaire, l'infiltrat dermique représenté par "des fibrocytes, des histiocytes et d'assez nombreux plasmocytes, une hyperplasie énorme du tissu élastique qui occupe jusqu'au derme profond entourant les follicules pilosébacés et les glandes sudoripares", les invaginations épidermiques, formées en cul-de-sac, rappelant un comédon dix fois plus grand qu'un comédon normal. En certains points, les follicules pilosébacés disparaissent. En d'autres points, l'épiderme sans papilles ni crêtes, ni follicules pilosébacés prend un aspect nettement cicatriciel.

Les gros comédons sont faits de "débris cornés et d'une substance d'apparence caséuse". En fait, ils forment le bouchon de "longues cheminées épidermiques qui s'enfoncent en profondeur dans le derme et viennent s'ouvrir en plein infiltrat dermique", "l'épithélium du canal d'aboutement pilosébacé a végété en profondeur s'enfonçant dans le derme toujours plus loin et minant toute la masse végétante". "En surface se détachent de grands bourgeonnements épidermiques mais il n'y a nulle part d'abcès et les lésions sont très peu microbiennes".

Toute cette histologie est donc axée sur le follicule pileux. Le Professeur Agrégé DUPERRAT, plus récemment, écrit :

"Tous les foyers sont centrés par des glandes sudorales...
"plutôt de type eccrine", et encore :



" Le foyer de suppuration chronique, assez profond, " siège dans une région riche en glandes sudorales, quelques-unes " sont très enflammées."

J. CHOME, d'autre part, décrit un granulome inflammatoire, banal, avec fibrose; l'existence, dans le foyer, de follicules pilosébacés et l'absence de glandes apocrines. Chez un malade, pour-tout typique, de LAUGIER et DAGUET, WORINGER note que les lésions ne semblent pas avoir de relation avec le follicule pilo-sébacé.

Ainsi, ces opinions paraissent contradictoires.

BRUNSTING, dans son important travail, place la glande apocrine au commencement de la maladie et au centre des lésions. L'hidradénite est une entité clinique propre. Pour lui, la réaction cellulaire la plus précoce se rencontre d'abord dans l'hypoderme, à l'intérieur de la lumière de la glande apocrine et dans le tissu conjonctif péri-glandulaire voisin. Toutefois, BRUNSTING ne met pas en doute que l'infection entre par la voie du follicule pileux et du tube excrétoire. Il considère que la réaction inflammatoire n'apparaît que lorsque la glande sudorale elle-même est atteinte. Ensuite, l'inflammation progresse à travers l'hypoderme, suit les canaux lymphatiques qui renferment de nombreux leucocytes et des amas de cocci. La lumière des glandes apocrines est distendue par les leucocytes; il y a peu de cas de réaction cellulaire intense dans le tissu conjonctif péri-glandulaire sans participation de la glande elle-même. BRUNSTING considère que les glandes apocrines sont envahies secondairement. Il signale dans les aspects tardifs de l'affection des cellules de la paroi glandulaire.

L'acné serait, au contraire, caractérisée par l'atteinte des glandes sébacées et la prédominance des formations kystiques.

Quoiqu'il en soit, cet auteur rapproche l'hidradénite suppurée de l'acné conglobata en fonction de caractères communs : hyperplasie fonctionnelle des glandes apocrines et de l'appareil pilosébacé, double comédons, infections secondaires, chéloïdes et ponts cicatriciels. La coexistence des différents types de lésions chez un même malade crée, en tous cas, une unité anatomo-pathologique.

CONSIDERATIONS MICROBIOLOGIQUES ET ETIO-PATHOGENIQUES

Le rôle de l'infection a été diversement apprécié. Certains y ont vu un facteur déterminant, d'autres un facteur secondaire. On a voulu mettre en cause bien des germes.

UNNA, en 1893, a décrit un bacille de l'acné, il a donné une grande importance dans la formation du comédon à l'existence de ce micro-organisme. SABOURAND et d'autres auteurs à sa suite ont décrit de très nombreux microbes. Aucun n'a été finalement retenu.

On a trouvé, dans les prélèvements effectués, en particulier dans les formes sévères, de nombreux cocci, staphylocoques le plus souvent, mais aussi streptocoques, de nombreux germes de la flore naturelle de la peau.

Pour SERAZY, déjà, la présence de staphylocoques dans l'acné conglobata était liée à une infection secondaire. Dans des lésions fermées et ne communiquant pas avec les lésions voisines, il aurait constaté, à deux reprises, par l'examen sur lames et par des cultures, l'absence de tout germe.

De même, M. MARGAROT, dans un cas d'acné conglobée généralisée, absolument typique, a obtenu des examens bactériologiques et des cultures strictement négatifs.

Signalons, ne serait-ce qu'à titre de curiosité, l'isolement, non renouvelé, d'un tréponème - non syphilitique - ayant provoqué une orchite chez l'animal d'expérience (PAUTRIER).

L'aspect macroscopique des formes hétérotopiques de l'acné conglobate avec leurs fistules multiples, leur suppuration abondante et interminable, souvent avec peu de germes banaux, devait suggérer l'idée d'une origine tuberculeuse.

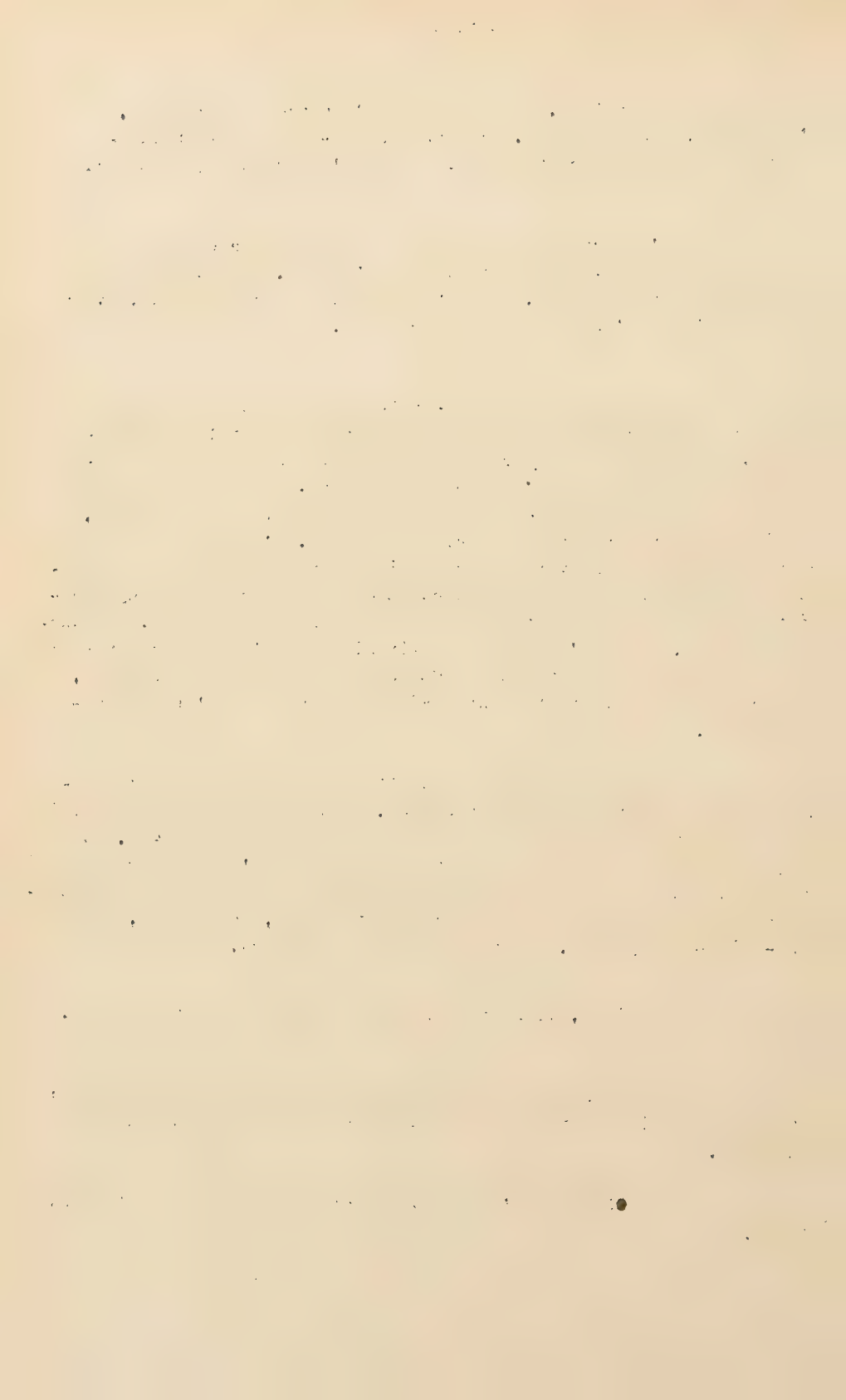
La localisation péri-anele est un argument de plus quand on la rapproche de celle des authentiques fistules tuberculeuses. GATE et ses collaborateurs ont trouvé une fois des bacilles de Koch dans le pus d'une acné conglobate. RAMEL (de Lausanne) a décrit un cas dans lequel il aurait pu réussir, chez le cobaye, des inoculations en série de bacilles de Koch. L'existence de ces chez des tuberculeux avérés avec amélioration parallèle de la tuberculose pulmonaire et des lésions cutanées par le traitement hygiéno-diététique et la collapsothérapie ou la tuberculinothérapie, les succès signalés, après l'emploi de la Vitamine D2 qu'il faut rapprocher des bons effets du traitement de CHARPY dans le lupus tuberculeux, tous ces faits peuvent être interprétés en faveur de l'origine tuberculeuse.

Il faut bien dire que l'expérience de RAMEL n'a jamais pu être répétée (DESAUX et PRETET, dans un cas qui leur semblait pourtant particulièrement favorable pour une telle tentative), que les arguments thérapeutiques n'ont pas résisté à l'épreuve du temps et surtout que la mise en oeuvre des antibiotiques efficaces habituellement contre le Bacille de Koch : Streptomycine, Isoniazide, Acide para-amino-salicylique, s'est soldée par des échecs.

Ainsi, il faut écarter cette hypothèse étiologique.

Les résultats des inoculations sont très variables : FLEMING a réussi à reproduire des pustules mais uniquement chez les acnéiques.

GOLDSMITH n'a jamais réussi à reproduire des lésions d'acné.



BELOTE aurait réussi à reproduire une pustule chez un méléde avec du pus provenant d'un autre sujet.

LYNCH a montré que la réaction inflammatoire peut survenir sans invasion microbienne démontrable.

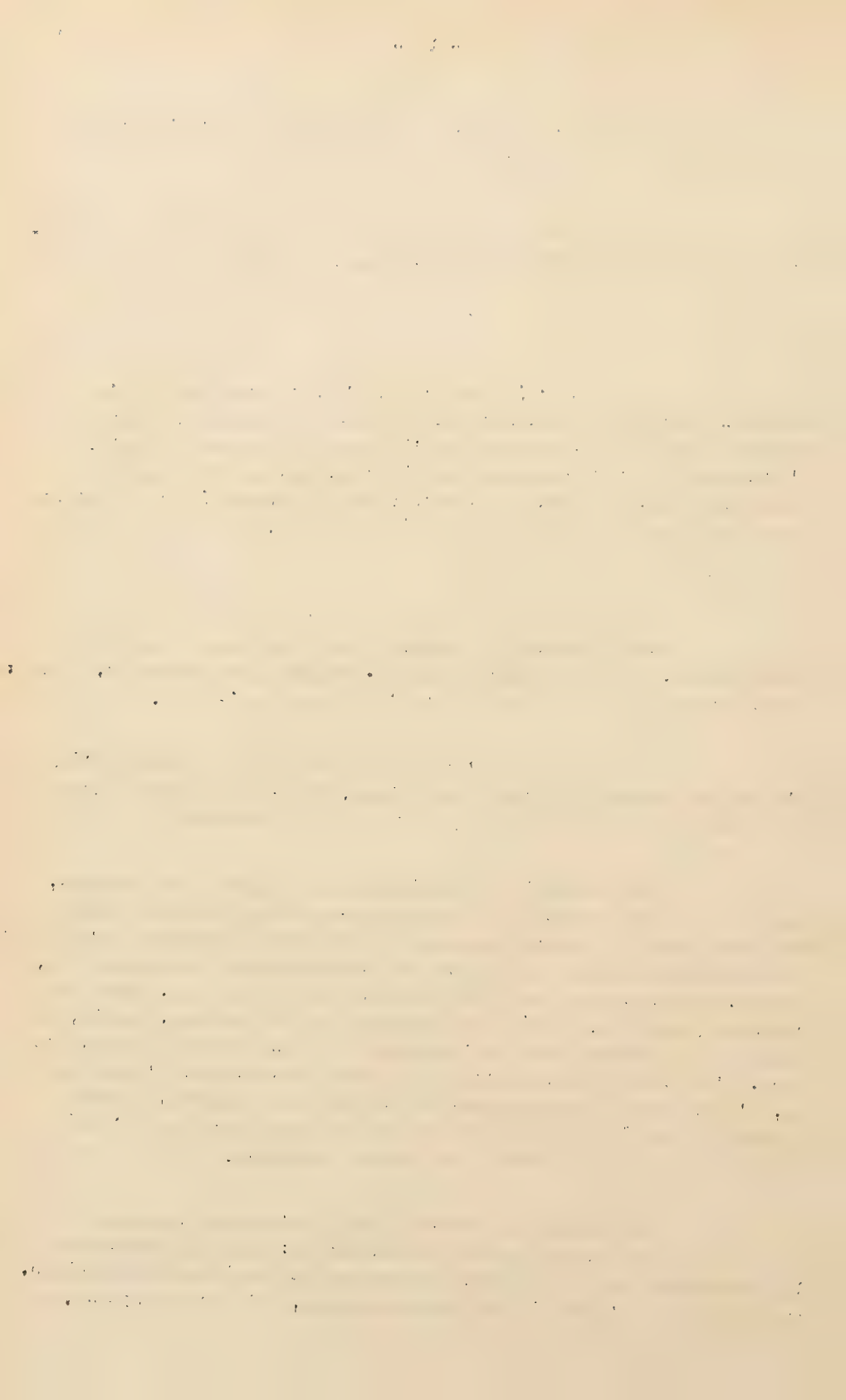
En résumé : il semble que l'infection ne soit qu'un phénomène secondaire survenant surtout dans les formes sévères de la maladie et BRUNSTING. parlant de l'infection microbienne, emploie l'expression de : "conséquence tardive". Enfin, il n'y a pas de germe spécifique. La nature du terrain et la possibilité de réactions particulières du méléde semblent prépondérantes.

SABOURAUD avait considéré l'acné conglobata comme une forme géante, mais authentique, d'acné. PAUTRIER, au contraire, écrit : "Quand on a dit ACNE CONGLOBATA on n'a prononcé qu'un mot."

Nous avons vu qu'aucun germe ne peut être accusé d'être l'agent responsable de l'acné conglobata. Peut-on néanmoins saisir des éléments d'ordre pathogénique expliquant la maladie ?

Une conception allergique a été défendue par GOUCEROT, puis analysée par WATRIN. Les intradermo-réactions signalées dans un grand nombre d'observations avec des produits microbiens divers mais spécialement avec des suspensions de staphylocoques, des toxines ou, plutôt, des anatoxines staphylococciques ont, en général, donné des réponses positives. Tantôt, ces réponses ont été faibles, tantôt, elles ont été fortes, sans qu'on puisse voir une relation entre, d'une part, l'intensité du processus réactionnel provoqué par l'intradermo et, d'autre part, les modalités évolutives de la maladie, tantôt torpide et tantôt aiguë. Néanmoins, on a pu considérer que l'acné pouvait être un phénomène de Koch staphylococcique.

Dans un cas de DUPERRAT (1953) c'est une véritable polysensibilisation qui est mise en évidence : cuti phlycténulaire à la tuberculine et I.D. positives fortement au vaccin streptococcique, au vaccin et à l'anatoxine staphylococciques, à la Trichophytine.



Un point remarquable est la persistance de fortes réactions intradermiques après guérison. On sait, d'autre part, que les modifications tissulaires de l'allergie sont durables, ce fait explique, par exemple, la durée de l'état d'immunité après vaccination.

On peut, d'ailleurs, se demander si ces modifications allergiques sont à l'origine de la maladie et l'ont précédée ou si plus simplement, elles ne résultent pas d'une sensibilisation qui s'est faite à l'occasion des poussées inflammatoires successives.

Il faut également faire une part positive aux conditions hormonales : l'acné est liée à l'évolution des hormones sexuelles, elle est souvent modifiable par l'injection de telles hormones et, en particulier, des résultats ont été publiés montrant le rôle favorable de l'injection ou de l'implantation de pellets, d'hormones féminines ou de gonadotrophine sérique.

Faut-il accorder un rôle à un prétendu terrain tuberculeux ? Nous savons qu'il existe des arguments en faveur de la tuberculose, ils ne sont pas convaincants.

Les arguments qui feraient de l'acné conglobata une hypovitaminose le sont encore moins malgré les bons résultats obtenus avec la Vitamine A (Professeur THIERS) ou la Vitamine D (G. GARNIER).

FISCHER et KAPPEL envisagent la possibilité que les lésions traumatiques ou infectieuses de l'encéphale jouent un rôle étiopathogénique.

Quelle part faut-il faire au facteur génétique que A. TOURAINE recherche systématiquement dans les dermatoses ? Il semble apparaître nettement dans l'observation de H. LANGHOF qui a observé dans une famille le développement de l'acné conglobata chez le père, trois fils et deux neveux, mais non chez les trois filles. Nous avons nous-même observé chez le frère une acné conglobata et chez une sœur une acné nécrotique, l'autre sœur était indemne. DUPERRAT signale dans un cas le "terrain familial". On ne peut guère aller plus loin : l'acné est une maladie très banale, trop fréquente pour que des observations isolées soient significatives. Il faudrait des statistiques très soignées et portant sur de grands chiffres

pour mettre en évidence des corrélations hors de contestation. Le cas particulier de l'acné conglobata serait, dans ce domaine, plus abordable en raison de l'aspect singulier de la maladie qui permet un diagnostic certain et ainsi de définir, avec plus de certitude, les fratries saines et les fratries malades, donc de localiser avec précision le gène morbide. Nous ne pensons pas qu'on puisse conclure actuellement, mais nous pensons que dans ce domaine des éléments positifs pourront, avec le temps, être apportés dans le cas de l'acné conglobata.

LIPMAN-COHEN, d'une part, VAN SCOTT et MAC CARDLE, d'autre part, considèrent que l'origine des comédons se fait à partir des follicules d'un poil rudimentaire par hyperkératinisation folliculaire et que cette kératinisation obstrue le canal excréteur de la glande sébacée.

Ainsi, se trouveraient constitués des kystes, point initial de la maladie. En fait, on est ramené au point de départ : pourquoi cette hyperkératinisation se produit-elle ? La déficience du tissu conjonctif, l'insuffisance du muscle orecteur, la diminution "du pouvoir réducteur de la peau" (LANGHOF) sont ou des hypothèses ou d'autres étapes du même problème et la cause de l'acné conglobata reste ignorée ou plutôt l'acné conglobata ne peut apparaître actuellement que comme la somme de prédispositions diverses.

En 1957, Tibor BENEDEK, de Chicago, dans les *Acta Dermatologica Venereologica* publiés à Stockholm (vol. 37, suppl. 37) considère ces problèmes comme résolus et traite les travaux antérieurs - du moins ceux qu'il cite - de très haut. Certes, il connaît VELPEAU et VERNEUIL, mais, dans les travaux plus récents, il ne voit que "errors, omissions, misuse, misinterpretation, crown of confusion... led by the most superficial analogies". Pour lui, dermatologistes et chirurgiens n'ont fait que confondre hidradénite, infections à pyogènes banales et acné vulgaire : Pour lui, la cause est pourtant bien facile à trouver, c'est "le bacille endoparasitic Benedek 1927" qu'il suffit d'aller chercher par ponction dans les foyers encore fermés et de cultiver sur milieu glucosé à 4 %, "plus facile à trouver que dans les autres manifestations de l'endoparasitisme permanent (pompholyx, pityriasis rosé, psoriasis, dermatite séborrhéique)". Il permettrait de préparer un vaccin qui donnerait les plus brillants résultats. En réalité, BENEDEK, sur 82 cas, n'a vu qu'un seul cas chronique... ce qui lui permet de dire que la statistique de BRUNSTIG, faite à la clinique Mayo, ne reflète pas la réalité ! Même si on admet que le travail de Benedek ne se rapporte qu'à des cas aigus, il entraîne de sérieuses réserves.

TRAITEMENT

La littérature, comme nos observations, montrent que ce traitement est bien difficile. Les thérapeutiques proposées sont très nombreuses, les résultats sont inconstants. Des succès ont été obtenus avec des traitements médicaux, locaux et généraux. Aucun ne paraît vraiment remarquable. Le récidive, la persistance, l'extension des lésions sont fréquentes et doivent faire envisager, dans tous les cas graves, le traitement chirurgical et, plus précisément, les exérèses larges avec, au besoin, autoplasties cutanées.

Nous énumérerons diverses méthodes médicales et chirurgicales sans vouloir tout citer : bien des thérapeutiques sont tombées dans une juste désuétude.

TRAITEMENTS MEDICAUX LOCAUX

Ils sont à visées antiseptiques ; ils s'adressent à des lésions ouvertes ou même en voie de suppuration . Ils ne doivent être ni traumatisants, ni sensibilisants. On procède par larges badigeonnages avec l'éther officinal, l'alcool iodé à 2 %, l'alcool iodé à 2 % et salicylé à 1 % ; les solutions colorées à l'éosine ou au violet de gentiane dans l'alcool à 60° sont très en faveur, elles ont l'inconvénient de camoufler la couleur de l'épiderme ; nous leur préférons les formes incolores des solutions des dérivés mercuriels organiques, d'ammoniums quaternaires, le 2535 RP et, mieux encore, un savonnage avec une solution dans l'eau d'un sulfate de lauryle et de sodium contenant de l'éther et un amino-mercuro.

De toutes les pommades recommandées, nous ne retiendrons que :

- les pommades à l'argent colloïdal,

- les pommades au sulfate de cuivre et au sulfate de zinc à faible concentration,
- le glycérolé d'amidon à l'acide borique à 10 % (DARIER).

A l'occasion des poussées aiguës staphylococciques, Antoine LAPORTE recommande particulièrement l'éther et les ammoniums quaternaires. Les rayons ultra-violet, employés avec la prudence d'usage, jouent un rôle favorable surtout pendant les périodes de réparation.

L'antibiothérapie locale est pratiquement inefficace et n'est pas souhaitable en raison des risques de sensibilisation qu'elle entraîne.

TRAITEMENTS MEDICAUX GENERAUX

Les différents auteurs croient avoir rencontré des succès avec les produits les plus divers. Mais ils présentent généralement des cas isolés et assez souvent les observations manquent de recul; on ne peut donc retenir que peu de leurs méthodes.

Faut-il citer les injections intra-veineuses de cyanure de mercure et même d'arsénobenzène ? Il semble plus intéressant de retenir celles de sulfate de cuivre, au moins dans l'hypothèse déjà envisagée d'une poussée aiguë staphylococcique : dans ces cas, liés surtout à la surinfection, le recours à l'anatoxine staphylococcique de RAMON (BOCAGE) et mieux au Divesta de l'Institut Pasteur est légitime. Il ne faut, néanmoins, pas considérer ces produits comme ayant un pouvoir vaccinant certain et constant et ne pas s'étonner des échecs, même après quinze ou vingt injections. Le Propidon, mettant en oeuvre des moyens de défense non spécifique, peut rendre service en favorisant la collection du pus au cours d'une poussée inflammatoire.

Les sulfamides et les antibiotiques enfin ont entraîné des améliorations importantes et durables et même, dans certains cas, des guérisons. Tous les antibiotiques ont été essayés, y compris, bien entendu, ceux utilisés contre le bacille de Koch, la Streptomycine et ses dérivés, l'Isoniazide et l'Acide para-amino-salicylique. Sauf exception, les résultats n'ont pas été à la mesure

des espoirs formulés. Il semble que tous ces médicaments gardent une indication raisonnable à l'occasion des poussées de surinfection. Dans quelle mesure le recours à l'antibiogramme peut-il rendre service ? Ce procédé est satisfaisant en théorie, en pratique, il peut donner des déceptions et aussi des surprises heureuses, un médicament jugé inactif in vitro pouvant parfois réussir in vivo. Le mieux paraît être de limiter, dans la prescription, l'antibiogramme aux médicaments que l'on peut raisonnablement essayer et d'interpréter très largement les résultats du laboratoire.

Signalons encore les succès très appréciables de la Vitamine D (GARNIER s'inspirant de CHARPY), de la Vitamine A (THIERG) de la Vitamine C (LAUGIER).

L'hormonothérapie, axée surtout sur l'hormonothérapie antagoniste et sur la gonadotrophine sérique, n'a pas donné de résultats réguliers. De plus, dans les résultats publiés, le cas particulier de l'acné conglobata n'est pas mis en évidence.

La Radiothérapie est à rejeter. En effet, la guérison par ce procédé est très éphémère et les possibilités de récurrence et d'extension ne sont pas supprimées. Or, la radiothérapie ne peut être renouvelée sans risques. Enfin, les tissus irradiés seront ultérieurement un très mauvais terrain chirurgical.

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

VERNEUIL pratiquait déjà des petites interventions de nettoyage : incisions, mises à plat, cautérisations. Sous anesthésie locale soignée (lignocaïne), ces interventions sont plus faciles, plus étendues, plus efficaces. L'électrocoagulation augmente encore les possibilités opératoires.

L'anesthésie générale est nécessaire pour les électrocoagulations étendues et les exérèses étendues. Celles-ci sont naturelles, si l'on se souvient de la coexistence possible de lésions gagnant les deux fesses, les aines, la région périnéo-génito-fessière, et cela chez un même malade.

Le problème de l'épidermisation de ces larges surfaces cruentées se pose. Certes, il se fait spontanément, à partir des reliquats épithéliaux glandulaires, des réparations naturelles inopérées. Habituellement, elles ne suffisent pas. Devant la lenteur de la régénération cutanée et devant les difficultés que présente la cicatrisation de la région périnéale et fessière, on est conduit aux autoplasties cutanées. Le cas du scrotum est particulier : même après une large résection, il peut rester assez de scrotum pour constituer une poche suffisante. La partie de tégument conservée peut ne pas suffir. Il est cependant nécessaire de protéger le contour scrotal et aussi d'éviter des symphyes gênantes ou dangereuses. On fait les deux grands types de greffes classiques : greffes pédiculées et greffes libres de complément. Souvent, plusieurs interventions sont nécessaires. L'évolution des greffes et des cicatrices n'est souvent terminée qu'après plusieurs mois. Les résultats fonctionnels et esthétiques de ces traitements radicaux sont excellents. Nous regrettons, à ce propos, de ne pas pouvoir reproduire les remarquables photographies d'ARNOUS, de DETRIE et de MOULY, témoignages de véritables et durables guérisons.

En résumé, le traitement médical conserve ses indications et doit être fait systématiquement mais il ne doit pas être prolongé d'une manière excessive, il faut savoir confier le malade au chirurgien avant que les lésions aient pris une importance excessive.



OBSERVATIONS

Nous remercions tout particulièrement
le Docteur J. ARNOUS à qui, nous devons nos
cinq premières observations

et le Docteur R. MOULY à qui nous
devons les suivantes.



OBSERVATION N° 1

3... Marcel , 43 ans, Juriste.

L'acné conglobata est connue chez ce malade depuis 1939 au moins. Elle a été soignée sans succès par A. TOURAINE , puis par R. MOLINE. Elle a évolué progressivement sur la nuque et le visage. Elle s'est faite par poussées successives. Les multiples traitements entrepris n'ont fait qu'apporter une amélioration passagère, bientôt suivie de rechute et d'extension du processus.

Le malade a été prisonnier de 1940 à 1943. Le régime alimentaire, très insuffisant, du camp n'a entraîné ni aggravation, ni amélioration. En 1943, les Allemands ont libéré le malade avec le diagnostic d'Acné "nécrosante".

C'est avant 1958 qu'il faut faire remonter les localisations hétérotopiques qui ont amené à intervenir chirurgicalement. Celles-ci sont très importantes. Elles intéressent :

- . les deux fosses, surtout la gauche,
- . le périnée,
- . la scrotum,
- . les deux aines.

Il existe également des foyers dans les deux aisselles. Elles revêtent un aspect typique :

= de gros foyers suppuratifs sujets à des poussées d'apparence infectieuse avec écoulement très abondant de pus et de sérosité ; des nodules de un à deux cm. de diamètre, un peu mieux limités au sein de placards inflammatoires diffus, certains durs, d'autres ramollis, sensibles surtout au moment des poussées, des fistules qui ont un orifice arrondi, assez régulier, souvent un peu saillant, leur trajet est souvent très long ; certains sont aveugles, d'autres, au contraire, aboutissent à un ou plusieurs orifices et réalisent un aspect en torrier. Le peau est violacée sur les régions où le processus subit une poussée aiguë, ailleurs, on trouve des plaques nécrotiques, manifestement sclérotiques, cicatricielles, souvent disposées en pont au-dessus d'un trajet infecté ; certaines de ces bandes sclérotiques sont épaissies, gaufrées et nettement chéloïdiennes.

Touchez rectal, Rectoscopie, Radio, Froi permettent d'éliminer toute idée d'origine profonde de la suppuration.

Le malade est de constitution athlétique.

Les antécédents personnels sont banaux ; Il faut noter :

- le mort d'un frère par tuberculose pulmonaire, mais sans aucune autre manifestation tuberculeuse chez le malade, ni chez aucun des autres membres de la famille ;
- une sœur est atteinte d'éczééma séborrhéique du visage sans aucune tendance à la forme conglobate ;
- le malade a trois enfants bien portants sans tendance apparente à l'éczééma. L'aînée, il est vrai, n'a que 15 ans.

Après d'innombrables tentatives thérapeutiques, les huit premiers mois de 1959 sont marqués par de nombreux essais d'antibiothérapie à haute dose.

Ce sont autant d'échecs. Un mois de repos ne donne aucune amélioration. Le malade s'inquiète maintenant beaucoup car il ne voit plus de guérison possible. Il vient nous revoir et nous le confions au Docteur J. ARNOUS. Celui-ci, assisté du Docteur Ph. DETRIE, décide une série d'interventions chirurgicales : le principe essentiel de ces interventions sera l'exérèse des tissus malades dans toute leur surface et toute leur profondeur. L'étendue et l'importance des lésions nécessitent l'anesthésie générale :

- Le 22.9.59 : "mise à plat de tous les trajets fistuleux de la fesse gauche, après injection de bleu de méthylène, intervention longue, minutieuse et difficile ; la surface cruentée allant de l'anus à dix ou quinze cm. en dehors, remontant en avant jusqu'à l'aîne, en arrière jusqu'au sacrum. Elle laisse néanmoins en dehors plusieurs "petits nodules isolés qu'il faudra reprendre plus tard."

Le traitement pré- et post-opératoire : sérums, pansements, antibiothérapie, est très poussé.

- 12.11.59 : Cette première intervention est complètement cicatrisée.



- 17.11.59 : "Au bistouzi ordinaire, large exérèse du scrotum qui met
"à nu la vaginale ; l'intervention remonte très haut dans l'aîne
"droite. Le scrotum restant permet néanmoins une restauration satis-
"faisante. Bien mieux, la cicatrisation par première intervention,
"presque parfaite, fait gagner plusieurs semaines sur l'ensemble
"du traitement."
- 7.12.59 : Cette deuxième intervention est presque complètement cica-
trisée.
- 9.2.60 : "Troisième intervention, toujours sous anesthésie générale.
"Mêmes précautions pré-et post-opératoires. Décortication de la
"fosse droite sur une surface sensiblement égale à ce qui avait
"été fait à gauche."
- 20.2.60 : Reprise du processus inflammatoire dans les aisselles.
- 18.3.60 : "Retouche par exérèse d'un foyer limité juxta-anal, à 8 h.
"On tisse sain. Plusieurs séances de nitratage de la plaie du
"9 février sont nécessaires, la cicatrisation se poursuit partout
"favorablement."
- 30.3.60 : On décide le curage d'une aisselle sous anesthésie générale,
avec destruction des reliquats inflammatoires des aînes et du
périnée. La guérison complète est en bonne voie. L'état local,
général et moral est transformé, mais il faut compter encore trois
mois de soins pour une guérison totale.

Le Professeur DUPERRAT a examiné quatre pièces ane-
tomiques provenant des exérèses cutanées de ce malade. Il dit :

"La plupart des foyers semblent centrés par des glandes
"sudorales. Je dois dire que celles-ci sont plutôt de type eccrine."

Il conclut : "Hidradénites eccrines."

Et encore : "Forme maximale de maladie de VARNEUIL."

Voici, textuellement, son dernier compte-rendu :

"Maladie de VERNEUIL.

"Sur le plan histologique, le coupe montre un aspect
"typique de Maladie de VERNEUIL de la fesse avec, d'une part, les
"sacs profonds multiples et d'autre part, les grands kystes
"complètement épidermisés ; sur le plan pathogénique, il est
"impossible de conclure entre folliculite et hidrosédénite. Je
"dois cependant remarquer qu'il n'y a pas de poils complets."

C'est ici l'ensemble clinique qui est particulièrement
démonstratif et constitue le meilleur argument en faveur d'une concep-
tion unitaire.

OBSERVATION N° 2

... Georges, 44 ans, Bressour.

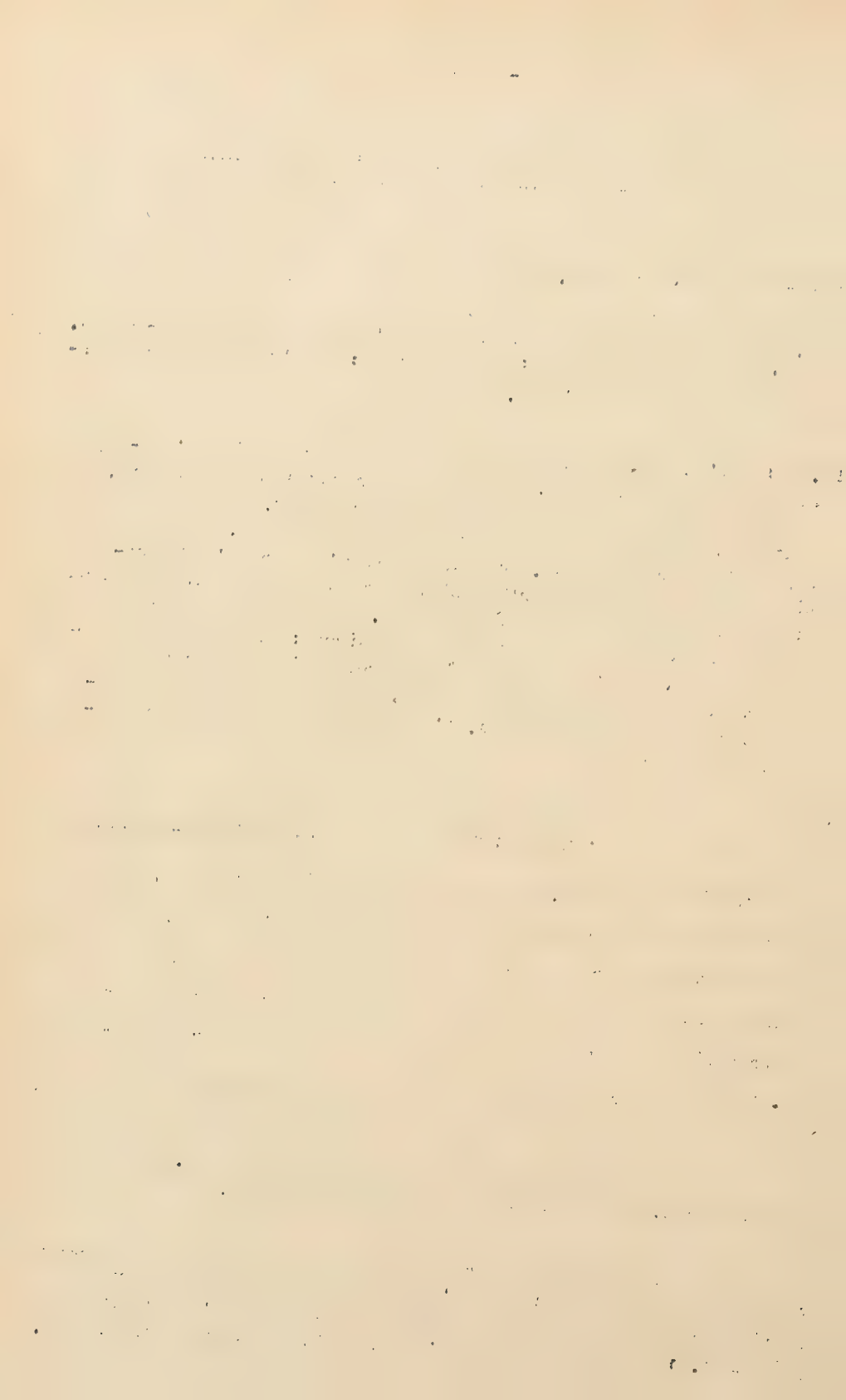
En 1948, le malade voit se constituer de multiples fistules péri-anales. Il n'aurait pas constaté d'abcès initial : il n'y a pas de cicatrices cervico-faciales d'écoué.

25.11.50 : à l'examen, les fesses et le périnée sont criblés d'orifices à pourtour violacé, reposent chacun sur un nodule induré. Ils laissent couler un pus abondant et grumelleux. Le Séthétérisme montre que tous les orifices communiquent entre eux. Un des tunnels a plus de 10 cm. de long. Au toucher, il n'y a pas d'infiltration péri-rectale : à la rectoscopie, la muqueuse est saine et aucun orifice de fistule ne peut être décollé. Il existe un eczéma du siège entretenu par une pommade anesthésique ; la réaction de PREI est négative. Il n'a jamais pu être décollé, ni par culture, ni par inoculation, de Bacilles de Koch, mais seulement des staphylocoques et des streptocoques. L'entibiogramme donne les renseignements suivants :

	<u>Entérocoques</u>	<u>Staphylocoques dorés</u>
Pénicilline	résist. à plus de 8 unités	sensible à 2 unités
Streptomycine	sensible à 30 gemmes	" " 1,5 gemmes
Chloromycétine	" " 6 "	" " 4 "
Auréomycine	" " 3 "	" " 2 "
Terramycine	" " 3 "	" " 2 "
I. 162 F	résistant	résistant

On fait un gramme de Streptomycine par jour. Au bout de deux semaines, le suintement est notablement réduit.

On entreprend alors de mettre en place des fils de nylon drainant tous les tunnels ; puis d'ouvrir et de mettre à plat au bistouri électrique les régions fluctuantes ou qui ne s'assèchent pas complètement. On met en place jusqu'à cinq fils de nylon simultanément.



Les surfaces creuées dépasseront, à certains moments, la dimension d'une paume de main sur chaque fosse. On s'aide de nitrates répétés et de mèches iodoformées, puis de eutigénol. La suppuration se tarit lentement après que l'on a découvert et détruit trois nouveaux foyers.

En fait, ce traitement commencé en Décembre 1950 se poursuit en raison de plusieurs rééclosions par mois jusqu'en Juillet 1951 ; et il faudra réintervenir encore plusieurs fois pour détruire de petits foyers résiduels. La guérison complète ne sera obtenue qu'en Mars 1952.

O B S E R V A T I O N N° 3

Z... Asrien, 42 ans.

En 1942 : après une chute, abcès du périnée s'étendant vers la fesse et évoluent vers la fistulisation.

Puis apparition d'une deuxième fistule à droite.

En 1944 : Une grande incision est faite à l'Hôpital Cantonal de Genève... Elle ne s'est jamais refermée et suppure abondamment. Un traitement intra-musculaire de deux fois 15 grammes de Streptomycine a amené une amélioration mais non la cicatrization.

14.11.49 : Actuellement, on trouve une véritable pomme d'arrosoir, les deux fesses sont criblées de fistules, en tout trente au moins, toutes suppurent abondamment, s'ouvrent à distance du canal anal, sur les cicatrices opératoires, le scrotum, les aines. Chaque orifice est entouré d'une aréole violacée, certains ont les bords décollés, tous reposent sur un nodule induré. On ne peut que penser à une tuberculose ou à un syndrome de JERSILD. Mais le toucher rectal et la rectoscopie sont normaux ; la réaction de PREI est négative ; les cultures montrent un bacille Gram positif banal, mais pas de bacille de Koch (Pasteur). Le numération sanguine est normale ; le Bordet-Wassermann est normal. L'inoculation au cobaye reste négative.

L'examen histologique ne montre aucun signe de tuberculose.

En 1959 : La maladie s'est poursuivie par poussées successives jusqu'à maintenant.

Auréomycine, Terramycine, Rimifon, Tifomycine n'ont donné que des améliorations passagères.

L'intervention chirurgicale est proposée au malade, mais il n'a pu se décider à l'accepter jusqu'ici.

O B S E R V A T I O N N° 4

.. Henrietta, 44 ans, confectiionneuse.

- Fin Janvier 56 : La maladie débute par des douleurs anales pendant et après les selles. Elles s'accompagnent de rougeur et de douleurs juxta-anales. A la palpation, à 9 h., on trouve une infiltration peu étendue. La température atteint 39°.

Dans les semaines suivantes, les traitements usuels : suppositoires, pommade, haute fréquence et la Terremycine per os réduisent la douleur et l'infiltration, mais laissent persister le prurit anal et la température à 38° le soir. Le malade se plaint de constipation ; elle n'a pas de sang dans les selles.

- Examen le 17.2.56 : L'anus est béant, il n'y a pas de point douloureux, pas de tuméfaction. Le toucher rectal ne montre pas d'infiltration.

La rectoscopie, poussée jusqu'à 20 cm., ne montre ni glaires, ni sang, ni pus, ni hémorroïdes, ni orifice de fistule. La Terremycine a eu, localement au moins, un rôle favorable.

- 3.3.56 : apparition d'une douleur très vive de la fesse gauche. Prurit nocturne, le grattage est poussé jusqu'à l'hémorragie.

Examens : à 2 h., 9 h., et 11 h. On voit des noyaux sous-cutanés durs, douloureux, recouverts d'une peau rouge et en inflammation.

Le diagnostic de Maladie de VERNEUIL est envisagé. Le malade est traité par : Didromycine, Bipénicilline et Thiazomide.

- 10.3.56 : Le malade va beaucoup mieux : diminution du volume des nodules inflammatoires et de la douleur, mais persistance d'un cordon induré superficiel reliant les anciens foyers situés à 9 h. et 11 h.

- 26.3.56 : Nouvelle poussée à 9 h. volumineuse tuméfaction. Une incision, sous xylocaïne, permet l'écoulement d'un verre à liqueur de pus.

- 7.4.56 : Une radiographie est faite sous lipiodol intro-fistuleux, elle montre une image stellaire, le liquide diffusant dans divers trajets et peut-être dans le rectum. Il est certain que ce point évoque le diagnostic de fistule tuberculeuse. En l'absence de renseignements complémentaires : biopsie et examen du pus, le diagnostic final est réservé.

Toutefois, l'analogie clinique est telle que nous pensons bien plutôt à une maladie de VERNEUIL ou à une zone conglobée hétérotopique qu'à tout autre diagnostic.

O B S E R V A T I O N N° 5

DELAB... Eug. 75 ans, cuisinier.

Depuis la fin de la guerre de 1914-1918, traité pour fistule anale.

- 14.4.54 : L'examen montre du pus assez bien lié sortant de multiples fistules périnéo-fossières qui communiquent entre elles et prédominant à droite.

Rectoscopie normale.

Le toucher rectal ne donne pas l'impression d'une Maladie de Nicolas FAVRE.

"Décortication" du quart interne de la fosse droite et de la partie postérieure du périnée.

Guérisson après 10 ou 12 séances de nitrato.

Les pansements sont terminés et la guérison confirmée le 15.10.54.

L'examen anatomo-pathologique a été fait par le Professeur Agrégé DUPERRAT, qui indique :

"Le coupe montre un foyer de suppurations, chronique, assez profond, sans caractère tuberculeux. Il siège dans une région riche en glandes sudorales. Quelques glandes sudorales voisines sont très enflammées."

Il conclut :

"Le diagnostic d'hydrosadénite suppurée paraît logique."

O B S E R V A T I O N N° 7

A... Mohamed, 40 ans .

Acné conglobata hétérotopique.

Suppuration périnéeo-scrotale remontant à 6 ans.

Nodules inflammatoires modérément sensibles à la palpation sur le fourreau de la verge.

Echec de l'antibiothérapie massive et des topiques.

Décortication et réparation plastique en plusieurs temps, permettant une guérison complète.

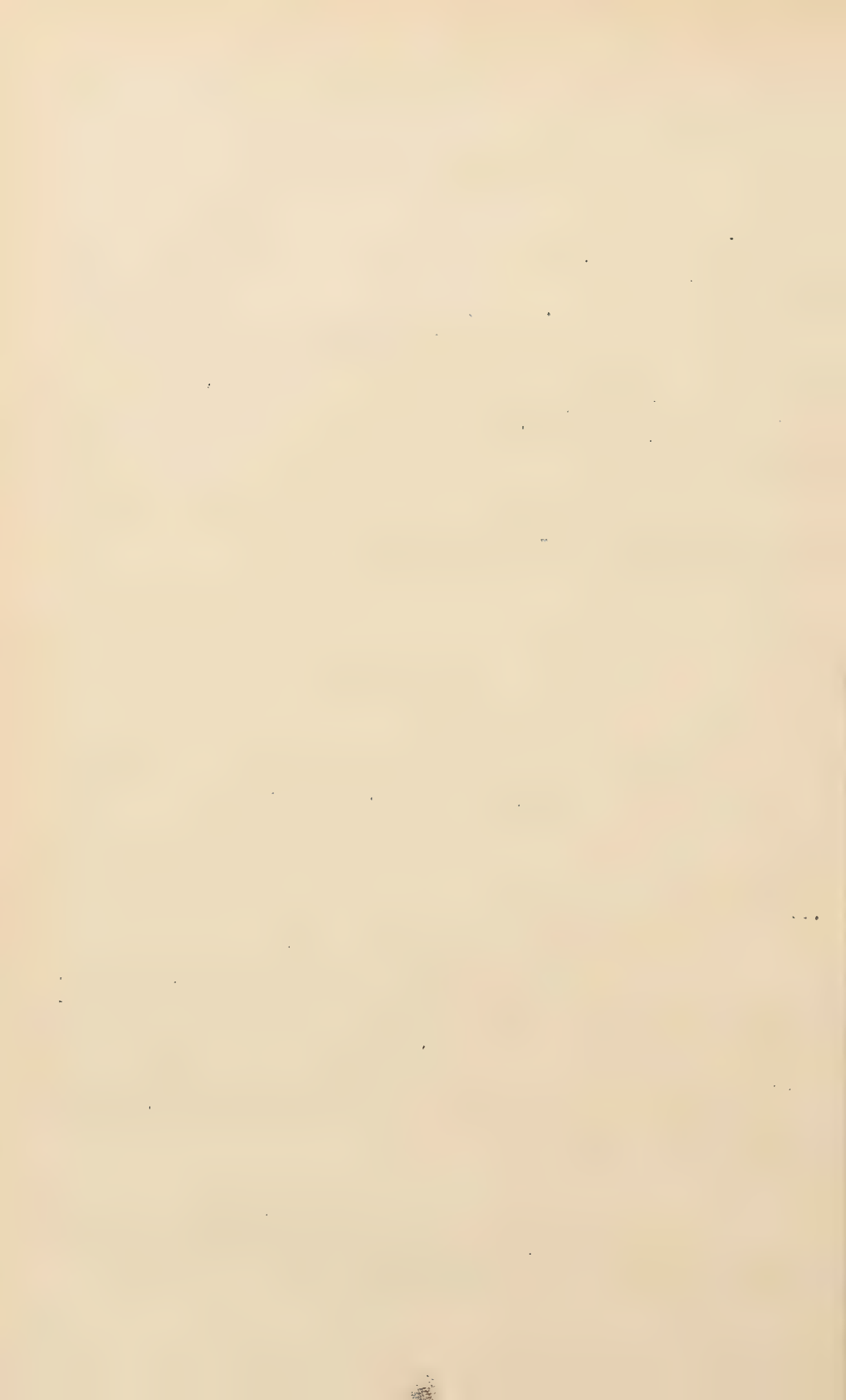
O B S E R V A T I O N N° 8

B... Ali, 25 ans.

Acné conglobata hétérotopique.

Le début des accidents remonte à plusieurs années. Echec de nombreuses tentatives thérapeutiques. La région périnéeo-fessière est criblée de fistules, d'où sourd un pus épais où l'on ne trouve que des germes banaux et peu nombreux. Le trajet des fistules est souvent très long mais reste toujours cutané ou sous-cutané. La peau est violacée et l'ensemble des fistules évoque l'aspect classique en pomme d'arrosoir.

On procède à l'oxérèse large et profonde des tissus mous qui sont infiltrés, durs et lardacés, on réalise ensuite une autoplastie qui permet la cicatrisation complète des lésions.



O B S E R V A T I O N N° 9

A... I. - 12.4.60.

Acné xonglobata hétérotopique. Forme périnée-scrotale, évoluant depuis trois ans. Incisions en février 1958 et septembre 1959, suivies de récurrence. La maladie est modérément évolutive. Il y a peu ou pas de pus et surtout du tissu de cicatrice. Il est procédé à l'excision de ce tissu suivi de greffes, qui amènent la guérison complète.



CONCLUSIONS

- L'ACNE CONGLOBATA pose un problème nosologique. Pour les localisations du visage, de la nuque et des épaules, il est facilement admis qu'il s'agit bien d'une acné. Cette notion doit être étendue aux lésions inguino-périnéo-génito-fessières. Il existe un critère anatomo-pathologique : c'est la mise en évidence de foyers inflammatoires dans le follicule pilo-sébacé. Mais les lésions que l'on rencontre habituellement sont tellement remaniées par les poussées successives que ce diagnostic étiologique n'est pas facile et peut même être discuté. Enfin, une confusion est possible avec la MALADIE DE VERNEUIL, dont le foyer primordial se trouve dans les glandes apocrines. Les relations étroites qui existent entre ces glandes et les follicules pilo-sébacés, d'une part, et les remaniements infectieux répétés, d'autre part, rendent une distinction rigoureuse difficile. Une conception uniciste des deux affections peut logiquement être envisagée.

- L'ACNE CONGLOBATA pose un problème étiologique double. Ce problème est d'abord celui de l'étiologie de l'acné. Il est ensuite celui de la cause qui engendre ces formes si spéciales. Aucune donnée n'est, à elle seule, suffisante pour répondre à l'une ou à l'autre de ces questions.

Le rôle des microbes est évident dans les poussées infectieuses successives. Le rôle de l'allergie paraît maintenant établi, mais il s'agit d'une allergie aux produits microbiens et elle peut n'être aperçue que secondairement, liée aux poussées de surinfection.

Le rôle des hormones est évident, il suffit de voir combien est grande la corrélation entre l'évolution pubertaire et l'apparition de l'acné. Certains résultats signalés dans les traitements hormonaux sont aussi significatifs. Pourtant, il faut bien reconnaître que l'acné peut se voir avant la puberté et survivre à l'involution sexuelle et aussi que les traitements hormonaux sont, dans les meilleurs cas, inconstants et transitoires.

On a pensé au facteur génétique de l'ACNE CONGLOBATA, infection rare, serait, on un sens, un bon terrain d'études génétiques par ses caractères frappants, tranchés et la possibilité d'isoler assez bien les fratries porteurs du gène pathologique au milieu de fratries indemnes; ce qui n'est pas le fait de l'acné vulgaire. Il faut bien dire que dans les observations que nous avons étudiées, nous n'avons trouvé que bien peu de cas où un facteur génétique ait pu être mis en évidence d'une manière nette.

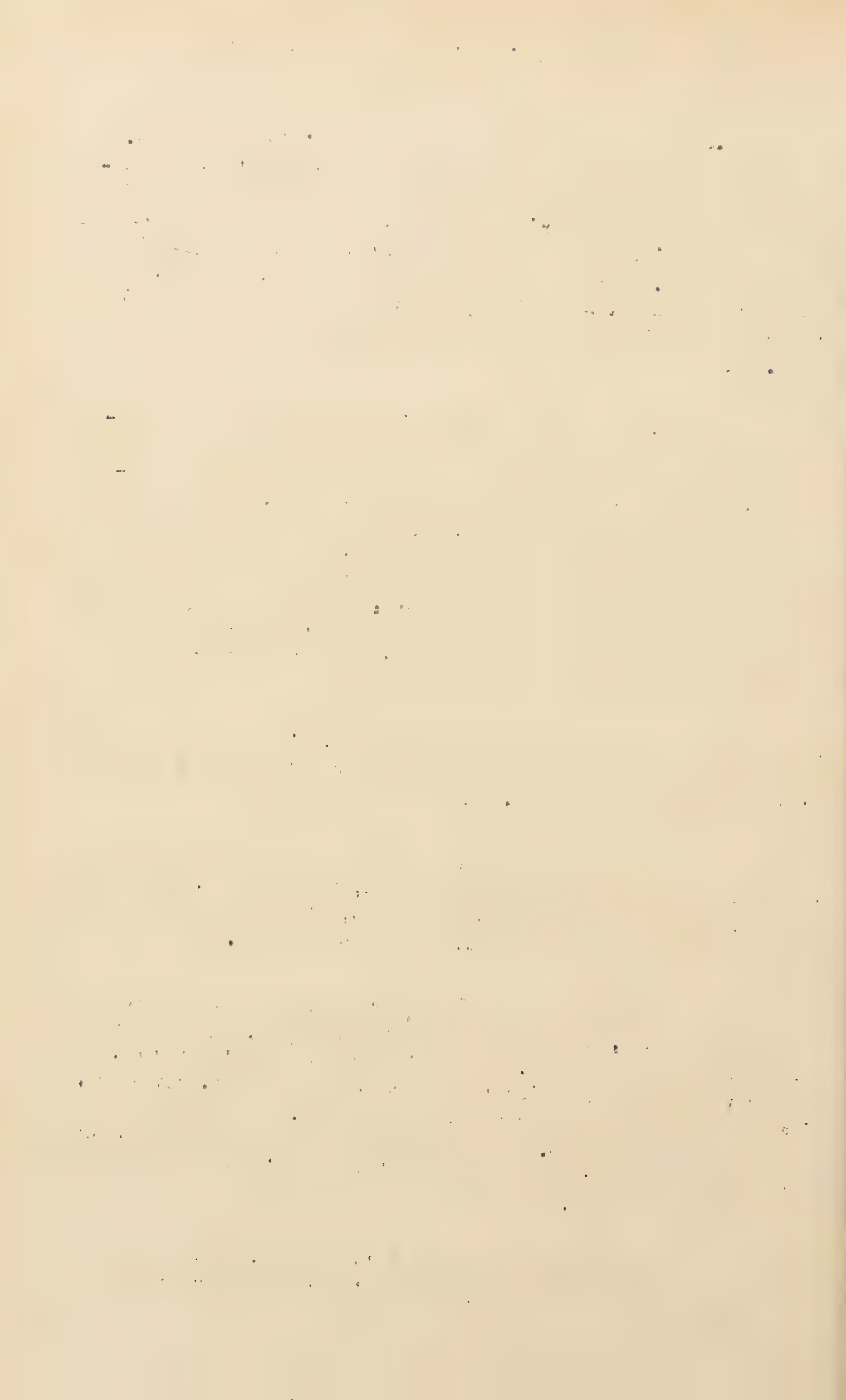
Ainsi, on est conduit à envisager une sorte de dystrophie du follicule pilo-sébacé à évolution kystique, susceptible de réactions indéfiniment prolongées sous l'influence de pyodermes, de modifications hormonales diverses, de phénomènes allergiques, génétiques, nerveux, psychiques et probablement de divers facteurs non identifiés. L'ampleur réactionnelle est commandée par le terrain et non par telle ou telle cause particulière, on est ainsi ramené au point de départ : quelle serait la cause de cette évolution kystique si commune dans l'acné et pourquoi prendrait-elle l'image singulière de l'acné conglobate ?

L'ACNE CONGLOBATA pose un problème thérapeutique. L'histoire du traitement de l'acné conglobate est faite de quelques succès et d'une longue suite d'échecs.

Les topiques réalisent péniblement une désinfection de surface, un dégraissage passager et sont, tout au plus, utiles pour permettre, dans de bonnes conditions, l'évacuation instrumentale de kystes sébacés ou de petits foyers suppurés.

Les antibiotiques et les sulfamides comptent quelques succès importants, mais trop souvent transitoires. Ils comptent aussi des échecs complets. Les vaccins, y compris l'anatoxine, ne paraissent pas plus sûrs ; les hormones ne peuvent, davantage, être créditées de succès certains et durables. Nous en dirons autant de la Vitamine D. La radiothérapie a des effets inconstants et, de plus, le regrettable pouvoir d'engager l'avenir thérapeutique de tels malades.

Le véritable traitement de l'ACNE CONGLOBATA et surtout des formes hétérotopiques est l'exérèse chirurgicale



de tous les tissus malades. Souvent, elle ne pourra être faite qu'en plusieurs temps. Elle devra quelquefois être complétée par des autoplasties cutanées pédiculées avec, au besoin, association de greffes libres. L'achèvement d'un tel traitement peut demander des mois. Le malade doit être surveillé et le moindre réveil local du processus doit entraîner l'exérèse de toute la surface intéressée.

Il est naturel d'envisager maintenant l'extension de la technique chirurgicale au traitement de la localisation cervicale de l'ACNE CONGLOBATA.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le RECTEUR
de l'ACADEMIE de PARIS :

J. SARRAILH

Le DOYEN de la FACULTE
de MEDECINE de PARIS :

L. BINET

Le PRESIDENT de la THESE :

MERKLEN

BIBLIOGRAPHIE

BARRIERE M.H.

Acné Conglobata de la région fessière

Bull. Soc. Fr. de D. et S. n° 5 Nov. Déc. 1959- p.767.

BAUDOT et BAZIN - Paris 1869

Traité des affections de la peau pp. 104 à 107.

BRUNSTING H.A.

"Hidradenitis suppurativa ; abscess of apocrine sweat glands"
39 : 108-119 - 1939 . Arch. D.S. 1952.

BRUNSTING H.A.

Hidradénite et autres variétés d'acné (Hidradénites and
other variants of acne)

Arch. of Dermatol. and Syphilis, tome 65, n°3, mars 1952,
pp. 303-315.

BUREAU Yves , JARRY A. et BARRIERE H.

Acné conglobata ayant simulé une tuberculose nodulaire très
améliorée par les antibiotiques.

Bull. Soc. Fr. D. et S. n° 2, Mars-Avril 1955, p.246.

DARIER, GIVATTE et TZANCK

Précis de Dermatologie (Masson) Paris 1947.

DEGOS R. (Flammarion)

Dermatologie, Révision de 1959.

DEGOS R., GARNIER G. et NEEL J.L.

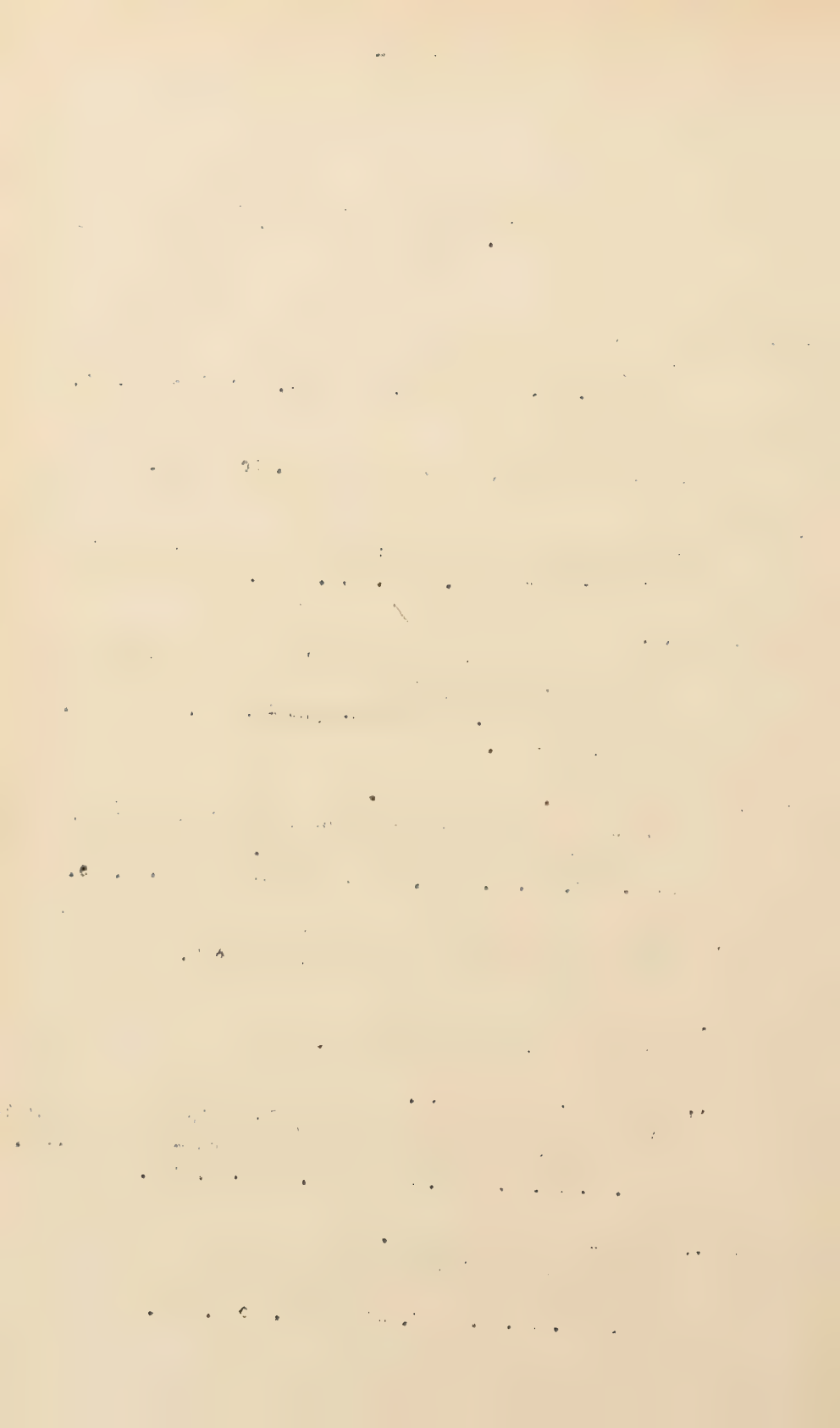
Acné conglobata à localisation hétérotopique et avec infil-
trations profondes péri-anales pseudo-tuberculeuses.

Bull. S. Fr. D. et S. n° 4 Juil. 1949, p. 346.

DEGOS R., LORTAT-JACOB et POULET J.

Heureux effet de l'aureomycine sur une acné conglobata
(deuxième cas)

Bull. Soc. Fr. D. et S. n° 1 Janv. 50 p. 102.



DESAUX A. et PRETET H.

Acné nodulaire profonde chez une tuberculeuse. Inoculations en séries négatives.

Bull. S. Fr. D. et S. n° 9 Sept. 1946, p. 503.

DUPERRAT, BOUJNAB et NALLET.

Acné conglobata

Bull. S. Fr. D. et S. n° 3 Mai-Juin 1953, p. 220.

DUPERRAT

Précis de Dermatologie (Masson) 1959.

DUPERRAT, MEUNIER, PRINGUET R.

Acné conglobata fessière. Discussion d'une amylose secondaire

Bull. Soc. Fr. D. et S. n° 3 Juin-Juil. 1957 p. 264 et suiv.

DUVERNE J., BONNAYME R. et MOUNIER (De Saint-Etienne)

Acné conglobata transformées par le traitement de Charpy associé à la Pénicilline locale

Bull. Soc. Fr. D. et S. n° 1 Janv.-Févr. 1948, p. 87.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1936

Hidrossénite.

FISCHER H. et KÄPPEL I. (Tübingen)

Sur la pathogénie de l'acné conglobata

Archiv für klinische und experimentelle Dermatologie

Tom 227 n° 4, 2 Juil. 58, pp. 377, 396 - Bibliographie.

FRANCK P.

Acné conglobata rapidement guérie par le sulfate de cuivre intra-vasculaire.

Bull. S. Fr. D. et S. n° 1 Janv.-Févr. 1951, p. 75.

1955 - GANS O. et STEIGLEDER G.K.

Histologie des maladies de la peau.

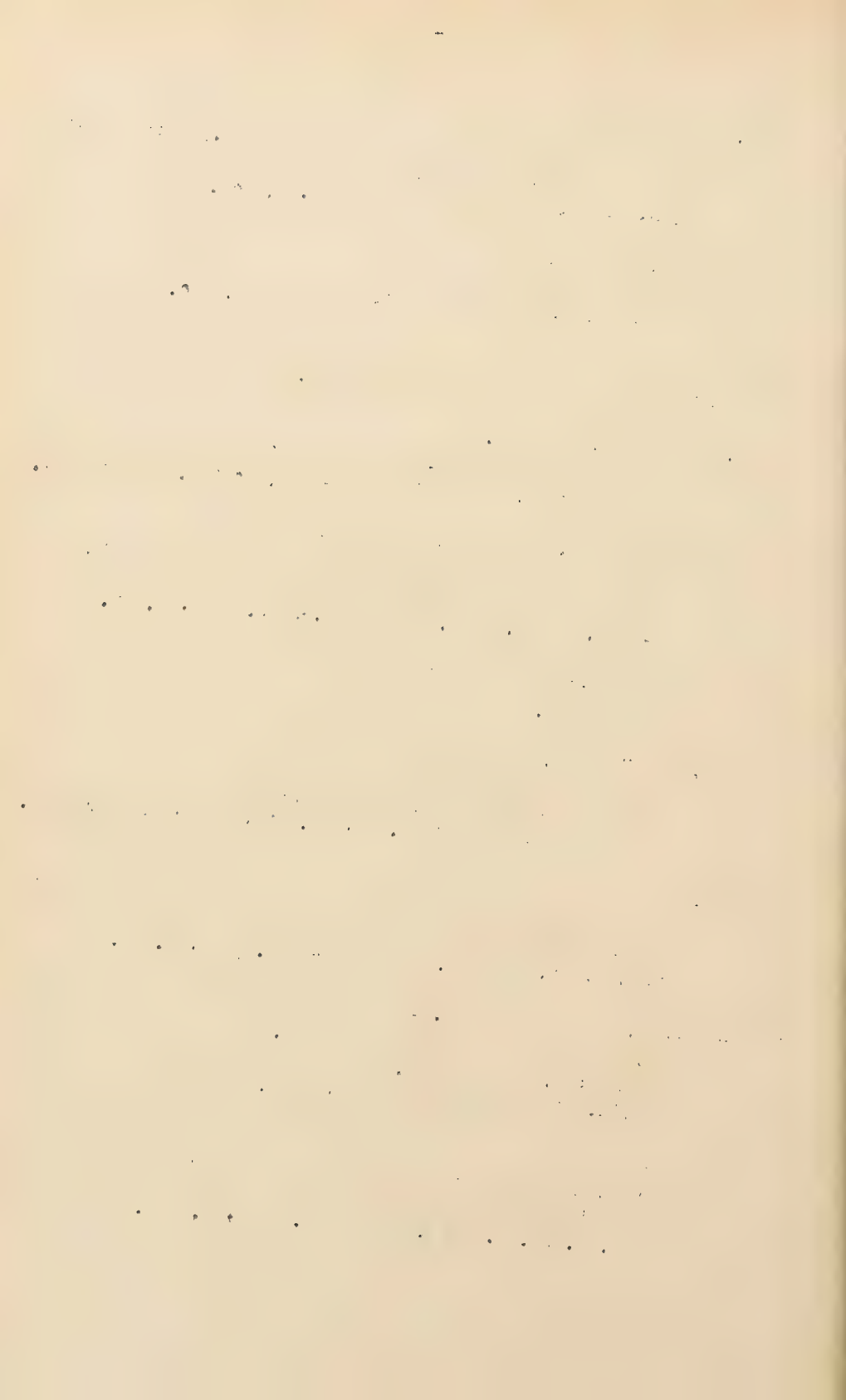
Tom 1° ; p. 392 et suiv.

Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1955.

GARNIER Georges.

Action rapide et remarquable de la Vitamine D2 dans un cas d'acné conglobata

Bull. S. Fr. D. et S. n° 9 Sept. 1946, p. 487.



GATE J., VAYRE J., CAMBRILLAT et GATE A.

Hidrosedénite tuberculeuse axillaire bilatérale avec tuberculides
des membres inférieurs.

Bull. S. Fr. de D. et S. n° 1 Janv.-Févr. 1953.

GOTTRON H. et SCHÖNFELD W.

Dermatologie et Vénérologie

Tome 3 2^e partie, p. 719 et suiv. et p. 743 et suiv.

Stuttgart - 1959, Très importante bibliographie Internat.

GRIMMER H. (Berlin)

Sur l'acné conglobate profonde

Zeitschrift für Haut - und Geschlechts-Krankheiten

T. 29, n° 8, 15.4.56, pp. 237-242.

GRILLO V. (Padoue)

Acné conglobate périnéo-vulvaire

Minerva Dermatologica, année 28, n° 10, X/53 pp. 258-261.

LANCHOF H. (Greifswald)

Sur l'acné conglobate.

Dermatologische Wochenschrift T. 126, n° 38, 1952 pp. 897-905

Bibliographie.

LAUGIER P.

Acné conglobate rapidement améliorée par le traitement local
et la sulfamidothérapie

Ann. D. S. n° 4 Avr. 1947; p. 154.

LAUBIER M. P.

Acné conglobate chez un enfant de huit ans. Action de la
pénicilline par voie buccale.

Bull. de la S. Fr. D. et S. n° 5, Nov.-Déc. 1951, p. 602 et suiv.

LAUGIER P. et DAQUET J.

Acné conglobate traitée avec succès par l'auréomycine

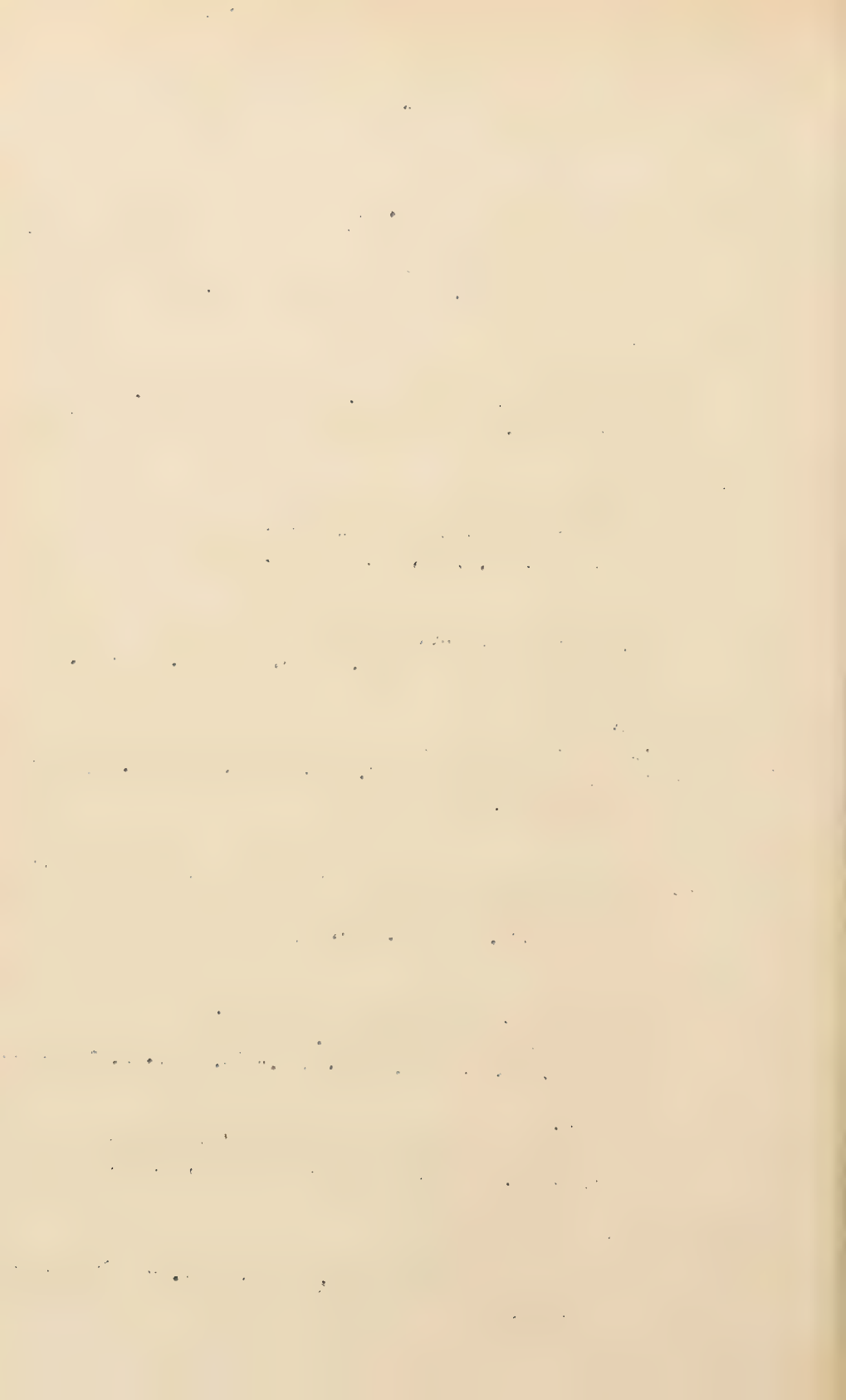
Bull. Soc. Fr. D. et S. n° 1 Janv.-Févr. 1951, p. 74.

LEITÃO BANDEIRA J. (Lisbonne)

Un cas d'acné conglobate

Gazette medica portugaise Tom II, n° IV, Juil. - Août 1958

p. 499-502.



LEPINE J.

Encyclopédie M.C. Paris 1959 12490 A 10
Acné conglobata p. 5 B

LIPMAN-COHEN E. (Londres)

Mécanisme de la formation des comédons dans l'acné vulgaire
The British Journal of Dermatology . T. 68, n° II , Nov. 56
p. 362-368, Longue bibliographie internationale.

1951 - LUTZ W.

Traité des maladies de la peau.
Bêla 1951, p. 437 et suiv.

MARKAM J., ANDERSON J. MALCOLM, BOCKERTY B.

Perianal hidradenitis suppuration : clinical and pathological
study - 117 patients
Beer Witten - Year Books of D. & S. 1958-59.

MOULY R.

"Hidrosedénites" inguino-périnéo-fossières.
Bull. Soc. Fr. D. et S. n° 2, avr-Mai 1959, p. 284 et suiv.

VAN DER MEIREN

Acné conglobata
Arch. Belg. D.S. Nov. 1947, p. 420.

O'LEARY P.A., MONTGOMERY H. and BRUNSTING L.A.

Acné conglobata, Pyoderma and Hidradenitis suppurativa
Arch. D. et S. 47 : 725 (May) 1943.

ORMSBY and MONTGOMERY 1955

Diseases of the skin. Hydredenitis p. 1329

PAUTRIER L.M.

Acné comédonienne, indurée, phlogmonneuse, à ponts fibreux,
à chéloïdes vrais, à abcès profonds et à formations
fibreuse hyperplasiques. Acné ulcéro-végétante à
marche serpiginieuse cicatricielle (acné conglobata)
Dermatologie et Syph. 7° Série, Tom 5, Masson et C° Paris 1934
pp. 233 à 285.

RAVOIRE J.

L'acné conglobée.
Montpellier Médical, T. 43, n° 1 Janv. 53, p. 34 à 41, Bibliog.

SCHREUSS H. -(Dusseldorf)

Sur la pathogénie de l'acné conglobata
Zeitschrift für Haut und geschlechts Krankheiten t. 16
n° 1 1.1.54 , pp. 1 à 4, 24 références.

Van SCOTT E. et Mac CARDLE R. (Bethesda)

Kératinisation du conduit de la glande sébacée et cycle de
croissance du follicule pileux dans l'histogénèse de
l'acné dans la peau humaine.

The Journal of Investigative Dermatology . Tom. 27 ,
n° 6 Déc. 1956, pp. 405-412.

SERRI R. (de Pavie)

A propos de l'étiologie et de la pathogénie de l'acné
néerotique (présenté par M. GOUGEROT)

Bull. Soc. Fr. D. et S. n° 3 , Mai-Juin 49, p. 292.

SIMON (Clément)

Dermatologie clinique et thérapeutique 2° Edit. Paris 1931.

TULOU P. et LE BEC Y. (D'ASSY)

Acné étendue et tuberculose

Bull. S. Fr. D. et S. n° 2 Mars-Avr. 1943.

VERNEUIL.

Etudes sur les tumeurs de la peau ; de quelques maladies
des glandes sudoripares.

Arch. Génér. de Médéc. Paris 1854, Vol. II - pp. 447 et suiv.

VERNEUIL

Observation pour servir à l'histoire des tumeurs de la peau
Arch. Génér. de Médéc. Paris 1854 , Vol. I, pp. 555 et suiv.

WATRIN J., MERAND A., BEUREY J., MOUGEOLLE J. et ROSET J.

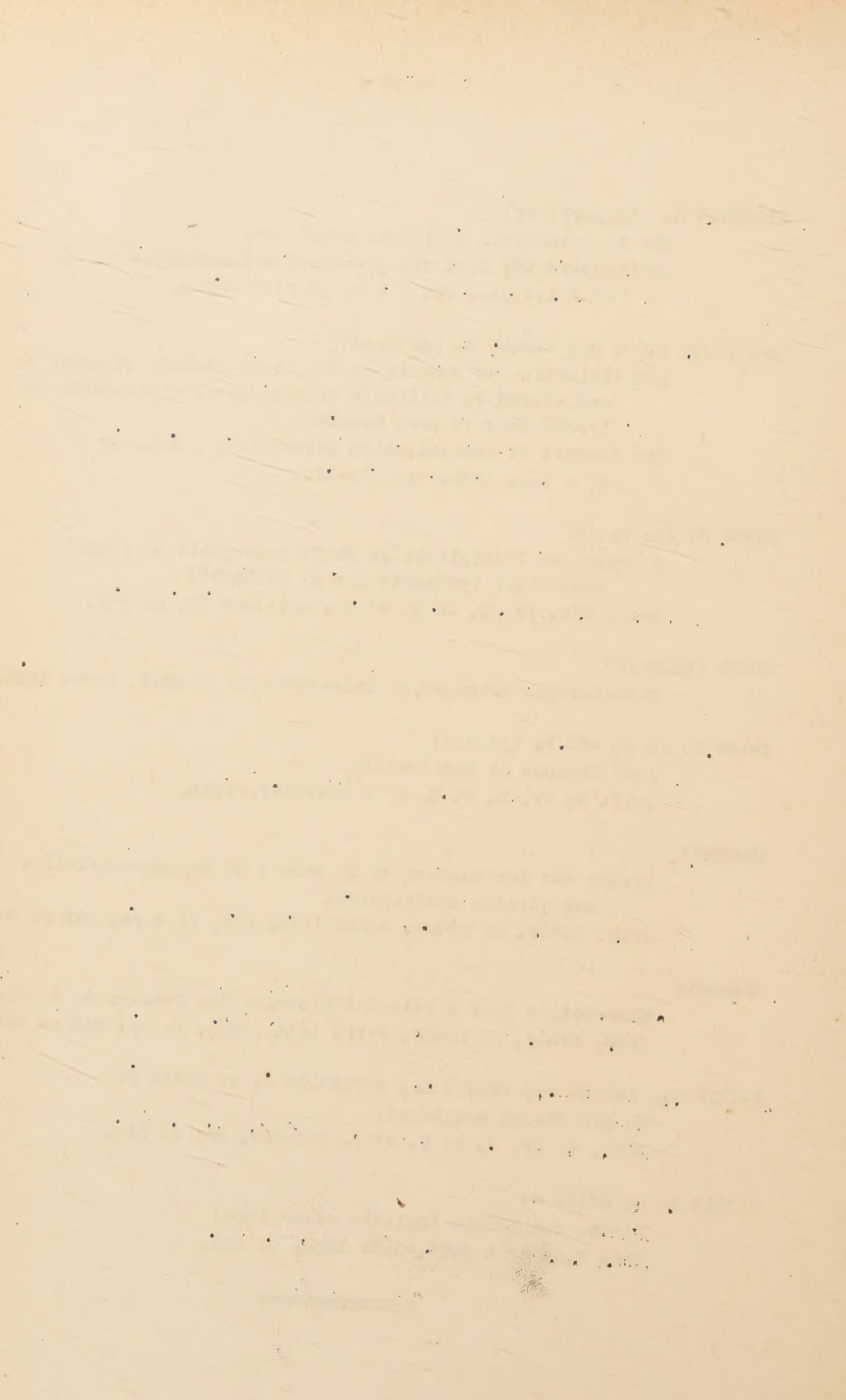
Un cas d'acné conglobata

Bull. S. Fr. d. et S. n° 5, Nov-Déc. 51, p. 612.

WATRIN J. et ROSET J.

L'acné conglobata (maladie allergique)

Ann. D.S. n° 4 Juil.-Août 1952, p. 405.



44